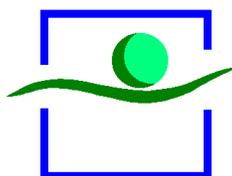


Royaume du Maroc

Programmes de santé reproductive et infantile

30 années de collaboration
entre l'Agence des Etats-Unis pour le Développement
International (USAID)
et le Ministère de la Santé du ROYAUME DU MAROC

1971-2000



Ce rapport a été élaboré dans le cadre de l'accord coopératif de l'USAID no. HRN-A-00-97-00018-00.

Septembre 2003

REMERCIEMENTS

Ce document est une synthèse d'une série de quatre rapports « Maroc, 30 années de collaboration entre l'USAID et le Ministère de la Santé, une analyse rétrospective » représentant un travail conjoint d'une équipe du Projet MEASURE *Evaluation*/Université de Tulane et de consultants indépendants, aux termes de l'accord coopératif de l'USAID No. HRN-A-00-97-00018-00. Nous tenons à faire une mention spéciale au Docteur Mostafa Tyane, Directeur de la Direction de la Population, Ministère de la Santé, à Madame Susan Wright, USAID, et de Madame Zohra Lhaloui, Chef d'Equipe de l'USAID/Maroc pour leurs conseils et leur supervision tout au long de ce travail. Nous tenons également à remercier Madame Michele Moloney-Kitts, USAID, qui a proposé l'idée du rapport.

La version préliminaire de ce rapport a été préparée par le Docteur Najia Hajji. Elle a été revue par un comité de lecture du Ministère de la Santé et finalisée par Susan Wright, USAID, et Gabriela Escudero, MEASURE *Evaluation*/Université de Tulane.

Ce document de synthèse n'aurait pas été possible sans la collaboration de nombreux partenaires, dont un grand nombre ont été interviewés pour les rapports individuels. L'Annexe A présente une liste complète des personnes interviewées auxquelles nous sommes infiniment reconnaissants.

Une mention toute particulière à l'adresse des membres du Comité de lecture qui ont bien voulu apporter les ultimes corrections à ce travail. Il s'agit de:

- Dr. Mohamed Abou-ouakil, Chef de la Division de la Planification Familiale et Chef du Service

de la Coordination et Collaboration Intersectorielle

- M. Brahim Ouchrif, Administrateur Divisionnaire/Division de la Planification Familiale
- Dr. Hamid Checkli, Chef du Service de la Santé de l'Enfant/Division de la Santé Maternelle et Infantile
- Dr. Ali Bensalah, Chef du Service de la Santé de la Mère/Division de la Santé Maternelle et Infantile
- Dr. Mohamed Braikat, Chef du Programme National d'Immunisation/Division de la Santé Maternelle et infantile
- Dr. Kamal Alami, Chef du Service des IST/SIDA/Direction de l'Epidémiologie et la Lutte Contre les Maladies

Merci également à Monsieur Volkan Cakir, Madame Ursula Boylett, et Madame Nawal Birdaha, tous du projet PROGRESS, pour leur soutien au niveau de la traduction de ce rapport.

Les auteurs sont particulièrement reconnaissants à Monsieur Taoufik Bakkali et Madame Bouchra El Omari (USAID/Maroc) qui ont concouru à la préparation de ce rapport. Nous remercions également Madame Amal El Hilali pour l'assistance administrative et Madame Martha Silva, Assistante de Recherche de MEASURE *Evaluation* pour leur assistance lors de la préparation finale du rapport. Finalement, merci à Mr. Brandon Howard pour la production final du ce rapport.

Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID ni du Ministère de la Santé.

AVANT-PROPOS

Le présent document montre de façon succincte et sans la moindre équivoque la réussite d'un effort de longue haleine. Il s'agit en effet, d'un long et fructueux partenariat entre le Ministère de la santé et l'USAID. L'objectif principal de cette collaboration est d'améliorer la santé et le bien-être des familles marocaines.

Le dévouement constant dont ont fait preuve tout au long de ces années aussi bien le personnel prestataire et gestionnaire que les responsables du Ministère pour atteindre les objectifs fixés, ainsi que l'excellent appui et soutien apporté par l'USAID à nos efforts, se manifeste à chaque page de cet ouvrage et témoigne de la grande réussite de ce partenariat.

Cette collaboration a permis de renforcer le système de santé marocain à travers le développement et la consolidation des capacités techniques et managériales notamment en planification familiale, santé maternelle et infantile et IST-SIDA. Les résultats sont en partie le fruit de la volonté des responsables, contractants et consultants de l'USAID à transmettre et à partager avec leurs partenaires marocains les nouvelles connaissances, les compétences et l'expertise acquises dans ces domaines. A cet effet, je souhaite exprimer ma satisfaction personnelle à l'égard de la qualité de notre collaboration qui n'a cessé de croître et de s'améliorer au fil des années.

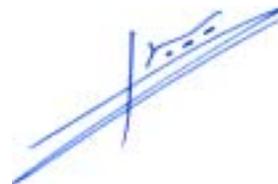
Je n'étais pas personnellement impliqué directement dans ce partenariat mais je sais que durant ces 30 années, le partenariat entre le Ministère de la Santé et l'USAID s'est construit de façon itérative, en intégrant les leçons apprises durant chaque phase. Ainsi, notre collaboration a-t-elle débuté dans le domaine de la planification familiale, pour ensuite s'élargir à la survie de l'enfant, puis intégrer la santé maternelle et finalement couvrir le domaine des IST-SIDA. Les bons résultats obtenus témoignent, d'une part de l'esprit qui a marqué toutes les phases de ce partenariat entre le Ministère de la Santé et l'USAID et d'autre part, de l'engagement commun dans l'application des normes de performance technique et de gestion. Nous avons mis en oeuvre des projets ambitieux, ce qui nous a fait traverser parfois des moments difficiles. Cependant, les résultats en sont, non seulement des améliorations impressionnantes des indicateurs de santé, mais aussi des degrés de compréhension et de confiance mutuelle entre nos institutions allant bien au-delà des modalités écrites des protocoles et des accords de projets.

Chaque fois qu'un accord officiel a été conclu, les deux partenaires ont trouvé le moyen de renforcer et approfondir les engagements respectifs. Je demeure confiant quant à la solidité des relations que nous avons tissées. Elles resteront sans aucun doute longtemps fructueuses. Elles continueront à contribuer à l'amélioration du système de santé marocain en général, celle de l'enfant et de la mère en particulier. Ma pensée, va à tous ces

« amis du Maroc », qui nous ont quitté après tant d'années de labeur empreint d'abnégation, et qui restent, loin du Royaume du Maroc, nos meilleurs amis. Cette dimension humaine, au delà des résultats techniques, reste pour nous un grand acquis et témoigne de l'esprit d'ouverture, de convivialité, de tolérance et de compréhension : valeurs que nous partageons tous ensemble et dont la promotion et la pérennité sont assurées par le projet de société tel que mis en œuvre par **Sa Majesté le Roi Mohammed VI**.

Cette longue expérience et les relations d'amitié tissées entre nos cadres respectifs et avec la population cible constituent un gage de pérennité de nos relations déjà séculaires.

Dr Mohamed Cheikh Biadillah

A handwritten signature in blue ink, consisting of several fluid, overlapping strokes that form a stylized name.

Ministre de la Santé
Royaume du Maroc

AVANT-PROPOS

Le présent ouvrage rend compte des actions et des résultats de grande ampleur de la longue collaboration entre le peuple marocain et les Etats-Unis. En effet, L'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) et le Ministère marocain de la Santé se sont engagés un partenariat fructueux pour améliorer la santé des citoyens marocains, et en particulier celle des femmes et des enfants. Ce fut pour moi-même, et pour beaucoup d'autres au sein de l'USAID et de toute la communauté américaine, une source de grande satisfaction et de profonde fierté que de prendre part à ces actions. C'est au dévouement et au professionnalisme d'un grand nombre de personnes du Ministère de la Santé et d'autres institutions marocaines, ainsi que de l'USAID et de ses contractants et donateurs, qu'il faut attribuer en premier lieu la réussite de ces programmes. D'autres éléments déterminants dans cette réussite furent, sans aucun doute, le désir incessant d'améliorer les résultats ainsi que l'honnêteté réciproque qui ont caractérisé toutes les phases de cette collaboration.

Si ces programmes ont bénéficié de la qualité et de l'intensité de la relation entre les gouvernements marocain et américain, ils ont aussi permis de renforcer celles-ci. Je suis certain que même après l'achèvement du programme d'assistance de l'USAID dans les domaines de santé et de population, nos deux gouvernements s'emploieront à poursuivre une collaboration si bénéfique.

Un partenariat de trente années, on en conviendra, offre un modèle méritant d'être pris en considération dans d'autres pays. D'autres programmes nationaux de santé publique à des stades d'avancement différents peuvent en effet mettre à profit les enseignements tirés au Maroc, sous réserve d'un suivi et d'une évaluation constants.

Je tiens à féliciter particulièrement les professionnels de la santé oeuvrant à tous les niveaux du Ministère de la Santé marocain, et notamment à la Direction de la Population, pour tout ce qu'ils ont pu réaliser ; et je suis fier que l'USAID, à travers son personnel et ses partenaires, ait apporté un concours apprécié à ces actions. Il n'y a pas de doute pour moi que les succès du programme marocain inciteront d'autres pays et organisations à investir également dans de solides partenariats propres à engendrer un progrès durable de la santé publique.

James Bednar



Directeur
USAID/Maroc

TABLE DES MATIERES

Remerciements	i
Avant-propos	iii
Abréviations et sigles	ix
Résumé analytique	xi
I. Introduction	1
Méthodologie	1
Limitations	2
Organisation du rapport	2
II. Projets de l'USAID/Ministère de la Santé	3
Gestion des projets USAID/MS	3
Contributions du MS aux coûts du programme	3
III. Le programme de planification familiale	9
Acceptation précoce de la planification familiale	9
Extension des services de planification familiale, à l'échelle nationale	10
Assistance technique de l'USAID au Ministère de la Santé	11
IV. Le programme de santé infantile	15
Couverture générale du programme	15
Vaccinations	15
Traitement de la diarrhée et des maladies respiratoires	16
Prévention de la malnutrition, dont les carences en micronutriments	17
Allaitement maternel	17
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance	18
V. Le programme de la maternité sans risques	19
Comprendre le problème persistant des décès maternels au Maroc	19
Réduire la mortalité maternelle: réduire les trois délais	20
Communiquer la maternité sans risques	21
Etendre la stratégie basée sur la notion des trois délais à l'échelle nationale	21
VI. La lutte contre les IST/VIH/SIDA	23
Un problème difficile à traiter au Maroc	23
Approche syndromique pour la prise en charge des cas d'IST	23
Une discussion plus ouverte des questions liées aux IST/SIDA au Maroc	24
Prise en charge des personnes atteintes de VIH/SIDA	25
VII. Collaboration entre l'USAID et le Ministère de la Santé Marocain: résultats clés	27
Planification familiale	27
Santé infantile	29
Maternité sans risques	30
IST/VIH/SIDA	31

VIII. Facteurs à l'origine de la réussite de la collaboration USAID/MS	33
1. Soutien des hautes sphères politiques	33
2. Ferme engagement des représentants officiels du MS, renforcé par la formation	33
3. Une collaboration étroite et constructive entre les deux partenaires	33
4. Financement adéquat des programmes	33
5. Intégration complète du programme	34
6. Information de haute qualité	34
7. Partenariat avec le secteur privé	34
8. Intégration des éléments du programme aux Facultés de Médecine	34
IX. Mesures qui encouragent la pérennisation du programme	37
Le transfert progressif des achats de contraceptifs	37
Engager le secteur privé dans les programmes de santé reproductive et infantile	37
Initiative d'indépendance vaccinale	38
X. Les défis à venir pour la santé reproductive et infantile au Maroc	39
1. Elargir l'accès aux soins dans les zones rurales	39
2. Améliorer la qualité des soins et renforcer l'utilisation des services	39
3. Octroyer les fonds nécessaires	40
4. Accroître la participation du secteur privé aux programmes préventifs	40
5. Accroître la participation des femmes à tous les niveaux du système de santé	40
6. Atteindre les populations marginalisées et élargir la gamme des services de santé de la reproduction	40
7. Suivre le mouvement de décentralisation de la gestion des systèmes de santé	41
8. Renforcer la collaboration Sud-Sud	41
Annexe A: Calendrier des événements importants	43
Annexe B: Interview des informateurs clés	49
Références	53

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

ALCS	Association de Lutte contre le SIDA
AMPF	Association Marocaine de Planification Familiale
AQ	Assurance de la Qualité
AT	Assistance Technique
AVSC	Association pour la Contraception Chirurgicale Volontaire
AZT	Azidothymidine
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
BCG	Bacille de Calmette Guérin
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CDC	Centers for Disease Control
CNFRH	Centre National de Formation en Reproduction Humaine
DBC	Distribution à Base Communautaire
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DP	Direction de la Population
DPES	Direction de la Prévention et de l'Encadrement Sanitaire
DPSI	Division de la Planification, de la Statistique et de l'Informatique
DT-Coq	Diphtérie, Tetanos, Coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENPS	Enquête Nationale sur la Population et la Santé
FHI	Family Health International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FPLM	Gestion Logistique de la Planification familiale
FPMD	Développement de la Gestion de la Planification Familiale
FSTI	Fonds français de Solidarité Thérapeutique Internationale
GM	Gouvernement du Royaume du Maroc
GPA	Programme Mondial de Lutte contre le SIDA
HAART	Thérapie Antirétrovirale Hautement Active
IEC	Information, Education et Communication
IFCS	Instituts de Formation aux Carrières de Santé
IHAB	Initiative Hôpitaux Amis-des-Bébes
INAS	Institut National de l'Administration Sanitaire
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JHPIEGO	Programme de Johns Hopkins pour l'Education Internationale en Santé Reproductive
JHU	Université Johns Hopkins
JHU/CCP	Université Johns Hopkins/Centre pour les Programmes de Communication
JHU/PCS	Université John Hopkins/Services de Communication en matière de Population
JNV	Journées Nationales de Vaccinations
JSI	John Snow Inc.
MCS	Marketing Commercial Social
MEASURE	Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results
MS	Ministère de la Santé
MSH	Management Sciences for Health
OC	Organismes Collaborateurs

OCP	Office Chérifien des Phosphates
OMNI	Opportunities for Micronutrient Interventions
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PF/SMI	Planification Familiale/Santé Maternelle et Infantile
PHR	Partnerships for Health Reform
PLMD	Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
PMI	Programme Maternelle et Infantile
PMMS	Programme Marocain de Marketing social
PNI	Programme Nationale de Immunization
PNPF	Programme National de Planification Familiale
PSE	Protection de la Santé de l'Enfant
PSGA	Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement
PSM	Protection de la Santé de la Mère
PSME	Protection de la Santé de la Mère et de l'Enfant
SEATS	Programme d'Expansion de Services et de Soutien Technique
SEIS	Service des Etudes et d'Information Sanitaire
SETI	Service des Etudes et Traitement Informatique
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
SIG	Système Intégré de Gestion
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SOMARC	Social Marketing for Change Project
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SR	Santé Reproductive
SRO	Sel de Réhydratation Orale
SSB	Service de Soins de Base
UE	Union Européenne
UGP	Unité de Gestion de Projet
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
VDMS	Visites à Domicile de Motivation Systématique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Ces 30 dernières années, l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) était le principal partenaire du Ministère de la Santé (MS) au Maroc pour la mise en place et l'extension de programmes de planification familiale et de santé maternelle et infantile. Cette collaboration est un exemple de partenariat réussi, qui a respecté la souveraineté et les politiques sanitaires du Maroc tout en utilisant à bon escient les approches techniques mises au point avec l'assistance de l'USAID. Ce rapport décrit cette collaboration réussie, les résultats impressionnants obtenus et les défis futurs (à venir). C'est également un modèle que l'USAID peut utiliser pour mettre sur pied des partenariats de santé avec d'autres pays. Par ailleurs, c'est un modèle important pour le Maroc, tant dans le cadre de son propre système de soins de santé que dans ses échanges avec des pays en développement en quête de réussites analogues au niveau de la santé maternelle et infantile.

C'est au début des années 70 qu'a commencé la collaboration entre le MS et l'USAID, soit cinq ans après le démarrage du Programme Marocain de Planification Familiale. Le taux élevé de croissance de la population, tant à l'échelle nationale qu'internationale, soulevait de vives préoccupations et pourtant, la plupart des pays de la région n'étaient ni prêts ni en mesure de traiter directement ce problème. Au Maroc, c'est grâce aux déclarations courageuses de Feu Sa Majesté le Roi Hassan II dans le contexte d'une société (depuis toujours) pronataliste que la décision a été prise d'offrir des services de planification familiale. En effet, en 1965, un Memorandum Royal liait explicitement le problème de la croissance rapide de la population au développement socioéconomique. L'année suivante, la Commission Supérieure et les Commissions locales de la Population ont été créées. C'est à partir de 1967 qu'a été écarté l'obstacle juridique aux activités de motivation pour la planification familiale par Décret-Royal abrogeant le Dahir du 10 Juillet 1939 qui réprimait toute propagande anticonceptionnelle, la vente ou la distribution de tout produit jouissant de vertus spécifiques préventives de la grossesse.

Le partenariat initial USAID/MS dans les années 70 a donné l'impulsion nécessaire au programme de planification familiale au Maroc. En effet, ce partenariat a notamment permis de mettre sur pied un Programme de Visites à Domicile de Motivation Systématique (VDMS), un des pivots essentiels de la réussite du programme national de planification familiale. La collaboration entre l'USAID et le MS a évolué et s'est adaptée aux besoins et priorités du pays. Les affectations budgétaires de ce projet ont augmenté au fil du temps, passant de 3 millions \$ en 1971-1977 à 52 millions \$ en 1993-2000, témoignant de la relation de confiance et des solides intérêts partagés par les deux parties concernées. Au total, entre 1971 et 2000, cinq projets USAID/MS ont été réalisés à hauteur de 126 millions \$. Il existe une sixième et dernière collaboration entre l'USAID et le MS couvrant la période 2000- 2003 afin d'assurer la pérennisation des programmes de population, de santé et de nutrition.

Au début du partenariat, une grande importance était accordée à la planification familiale. Les programmes pour les activités de survie de l'enfant ont été mis en exergue dans les années 80 et des programmes particuliers pour réduire la mortalité maternelle et traiter les infections sexuellement transmissibles ont démarré lors des années 90. Le contexte institutionnel et les politiques du système de soins de santé ont été pris en considération et traités en 1990. Un plan de transition s'attachant essentiellement aux questions de pérennisation a été développé dès 1996. Aussi, au fil du temps, l'USAID et le MS ont-ils pris toute une gamme de mesures et exécuté une multitude d'activités avec l'aide de nombreux organismes d'exécution des Etats-Unis d'Amérique.

La collaboration entre le MS et l'USAID a eu des résultats spectaculaires pour certains indicateurs de santé et des progrès notables pour d'autres. La mortalité infantile a diminué, passant de 91 décès pour 1000 naissances vivantes en 1979/1980 à 37 pour 1000 en 1997. La mortalité juvénile (concernant les enfants âgés de 1 à 5 ans) a également baissé de manière très sensible, passant de 52 décès pour 1000

les enfants âgés de 1 à 5 ans) a également baissé de manière très sensible, passant de 52 décès pour 1000 naissances vivantes en 1979/1980 à 10 pour 1000 en 1997. La prévalence contraceptive chez les femmes mariées a augmenté, passant de 19% en 1979/80 à 59% en 1997. Le pourcentage d'enfants entièrement vaccinés à l'âge de 24 mois a nettement progressé: passant de 54% en 1987 à 87% en 1997. Le pourcentage de femmes enceintes ayant effectué une consultation prénatale a augmenté, passant de 31% en 1983-1984 à 56% en 1997.

Le Ministère de la Santé marocain, en collaboration avec l'USAID et d'autres bailleurs de fonds, dont le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS et l'UE, et avec le soutien de prêts de la Banque Mondiale, a utilisé des stratégies efficaces pour diminuer la morbidité et la mortalité infantiles. Le soutien des hautes sphères politiques pour la planification familiale et la vaccination entrainait pour une large part dans cette réussite. L'engagement des représentants officiels successifs du MS et leur dévouement à la quête d'une meilleure santé de la population, tant au niveau central que sur le terrain, représentaient une aide inestimable. Le partenariat entre le MS et l'USAID a permis de mettre sur pied des équipes multidisciplinaires compétentes et hautement qualifiées pour préserver les acquis.

Certaines stratégies se sont avérées fort pertinentes, tel que le Programme VDMS, qui a fourni des services essentiels aux femmes vivant dans des régions reculées et a montré que la planification familiale était bien acceptée par la population marocaine. Plutôt que de mettre en place de nouvelles structures verticales pour la planification familiale, le MS a choisi d'intégrer la planification familiale à d'autres services de santé maternelle et infantile dans le cadre des structures sanitaires existantes, les confiant au même personnel. Cette approche s'est révélée hautement efficace pour attirer et garder des clients et utiliser de la meilleure manière possible le personnel sanitaire disponible. Le MS et l'USAID ont prouvé par les faits les progrès réalisés, cernant par ailleurs des domaines d'interventions supplémentaires grâce à la disponibilité de données de haute qualité. Des partenariats complémentaires, notamment avec le secteur privé et des universités marocaines, ont contribué à la pérennisation du programme.

Le système de santé au Maroc doit encore relever plusieurs défis au niveau de la santé maternelle et infantile. Il lui faut notamment corriger l'inégalité aux niveaux des soins et de la couverture sanitaire. Pour les populations rurales, il est encore difficile d'avoir accès aux services de santé, tel qu'en témoignent les grandes différences dans les indicateurs sanitaires entre les zones rurales et urbaines. Le budget relativement faible du MS et le retrait progressif du soutien de l'USAID pour le secteur représentent un autre défi pour les programmes de santé maternelle et infantile.

Les représentants officiels du Maroc ont indiqué qu'ils souhaitaient adopter une nouvelle formule de coopération avec l'USAID qui s'écarte du modèle traditionnel bailleur de fonds/bénéficiaire. Les échanges marocains/américains pourraient être encouragés à plusieurs niveaux et dans divers domaines. La volonté des deux partenaires, ainsi que leur engagement aux programmes de santé de la reproduction devraient constituer le fondement d'un nouveau type de partenariat qui répond aux attentes respectives.

I. INTRODUCTION

Le présent document récapitule la riche et productive collaboration entre l'USAID et le MS marocain, couvrant une période de plus de 30 ans. C'est la synthèse d'une série de quatre rapports ciblant les domaines de santé dans lesquels l'USAID a apporté le plus de soutien au Maroc: planification familiale, survie de l'enfant, maternité sans risques et infections sexuellement transmissibles (IST)/VIH/SIDA.¹

Ce document, ainsi que la série des quatre rapports, cherchent à répondre à la question suivante, « qu'est-ce qui a été accompli pendant les 30 ans de collaboration entre le MS et l'USAID ? ». En démontrant ce qui a été accompli au Maroc et en faisant ressortir les éléments de réussite des programmes spécifiques, on arrivera à dégager des leçons utiles pour les programmes de l'USAID dans d'autres pays.

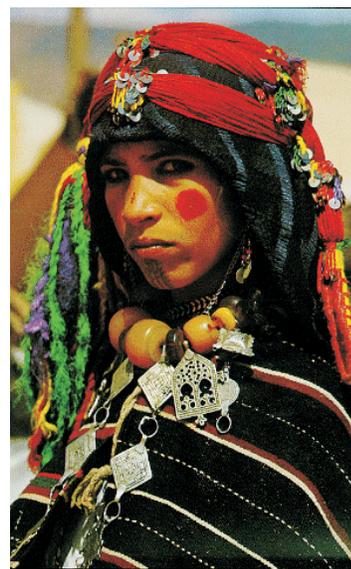
Ce document se concentre sur la période allant de 1971 à 2000, quand se terminait le programme bilatéral entre l'USAID et le Ministère de la Santé. Le Maroc avait fait des progrès remarquables dans ses programmes de santé, tel qu'en témoignent des indicateurs sanitaires s'améliorant constamment pendant cette époque. Au regard de cette réussite au milieu des années 90, l'USAID a démarré une stratégie pour fermer progressivement son programme de santé au Maroc. Cherchant à apporter un soutien transitoire au MS et à renforcer la pérennisation, l'USAID et le MS ont signé un Mémorandum d'Entente (interventions clés pour promouvoir la pérennisation des programmes de population, de santé et de nutrition) pour la période 2000 à 2003 mais cette étape n'est pas incluse dans le présent rapport.

Un grand nombre de facteurs ont contribué aux améliorations de l'état de santé au Maroc ces 30 dernières années : notamment les améliorations des conditions socioéconomiques, l'ouverture sur d'autres pays et l'implication d'autres bailleurs de fonds. Si ce rapport se concentre presque exclusivement sur la collaboration MS/USAID, d'autres facteurs n'en ont pas moins exercé une influence, au même titre que

d'autres parties ont contribué aux progrès réalisés au niveau de la santé des femmes et des enfants du Maroc.

MÉTHODOLOGIE

Quatre rapports ont été préparés: planification familiale, survie de l'enfant, maternité sans risques et IST/VIH/SIDA. Une équipe constituée des membres du personnel de MEASURE *Evaluation* et des consultants indépendants a réalisé des entretiens approfondis avec des informateurs clés et a passé en revue les documents du programme.² Un consultant a ensuite préparé la première version du présent rapport de synthèse fondé sur la base des quatre rapports. L'USAID/Maroc, MEASURE *Evaluation* et un comité de lecture ont finalisé le rapport.



¹ Pour un compte rendu détaillé du soutien de l'USAID dans les quatre domaines, les lecteurs sont priés de consulter la série « Maroc, 30 années de collaboration entre l'USAID et le Ministère de la Santé, une analyse rétrospective, » USAID/Maroc, Ministère de la Santé marocain, MEASURE *Evaluation*/Université de Tulane. Avril 2002.

² Une liste complète de toutes les personnes interviewées est en Annexe B.

LIMITATIONS

L'équipe s'est heurtée à plusieurs contraintes au niveau de cette analyse rétrospective. Premièrement, toutes les interviews approfondies - surtout celles se rapportant à des faits d'un passé éloigné - connaissent des biais du rappel. Les répondants ont fait de leur mieux pour se rappeler de choses qui s'étaient passées il y a plus de 10 ans, mais il existe toujours un biais inhérent lorsqu'on essaye de faire cela. A cet effet, l'exactitude n'est pas de mise.

Deuxièmement, les informants clés sont des personnes ayant participé de près au programme et qui avaient donc tendance à avoir une attitude favorable à l'égard de ces initiatives de santé. L'équipe n'a pas cherché à trouver ni à interviewer des personnes qui auraient pu avoir d'autres interprétations face à cet ensemble d'événements, car il est difficile de dresser une liste systématique de telles personnes. Toutefois, l'équipe a cherché à obtenir des informations relatives aux aspects positifs et négatifs du programme de la part de ceux interviewés et la plupart des répondants étaient très franche et honnêtes à cet égard.

Troisièmement, il était difficile, voire impossible dans certains cas, d'obtenir une information financière sur des composantes d'activités du MS financées par d'autres bailleurs de fonds. Aussi, l'équipe n'a-t-elle pas pu évaluer la contribution financière de l'USAID par rapport à la globalité totale d'aide internationale pour chaque secteur.

Quatrièmement, la documentation existante était plus étoffée pour certains programmes que pour d'autres et pour certaines périodes données. Les descriptions des programmes relatés dans ce document ne rendent pas justice aux nombreux succès et aux maintes contraintes rencontrées lors de la conception et de la réalisation de ces activités.

ORGANISATION DU RAPPORT

Ce rapport commence avec une vue d'ensemble des cinq projets bilatéraux MS/USAID. Les Sections III - VI sont une description détaillée de quatre domaines programmatiques où l'USAID a concouru le plus : planification familiale, survie de l'enfant, maternité sans risques et IST/VIH/SIDA. Ces sections récapitulent l'évolution des programmes particuliers faisant l'objet de la collaboration entre le MS et l'USAID. Chaque section reconnaît les obstacles rencontrés et les défis à surmonter au niveau de la mise en œuvre de programmes de santé. La Section VII présente des résultats mesurables au niveau des indicateurs de l'état de santé qui sont reliés directement aux initiatives sanitaires MS/USAID. La Section VIII décrit les facteurs qui sont à l'origine des programmes MS/USAID et la Section IX traite essentiellement des activités qui ont contribué à faire la promotion des programmes de pérennisation. Enfin, la Section X offre une vue des défis à venir pour le MS marocain en ce qui concerne les quatre domaines sanitaires. Les Annexes sont constituées par une chronologie des événements importants au fil des 30 ans du soutien de l'USAID au Maroc et une liste des informants interviewés pour les séries d'analyses rétrospectives sur lesquelles se fonde le présent rapport.

II. PROJETS DE L'USAID/MINISTÈRE DE LA SANTÉ

De 1971 à 2000, cinq accords de dons ont été signés entre le MS et l'USAID concernant la planification familiale et la santé maternelle et infantile. Aux termes de ces accords, 126 millions \$ ont été investis dans des programmes de santé et de population, faisant de l'USAID le principal bailleur de fonds au Maroc pour la santé maternelle et infantile. Ces projets ont évolué en fonction des priorités, bien que certaines de leurs composantes aient été maintenues dans toutes les phases, telles que l'achat de contraceptifs et de matériel, l'assistance technique et la formation des professionnels de santé.

GESTION DES PROJETS USAID/MS

La série des projets USAID/MS a été gérée conjointement par le personnel du MS et par l'USAID/Maroc, dans un esprit de collaboration et de travail d'équipe. Les mécanismes de gestion ont varié dans le temps, tel que convenu par les deux parties concernées vu la nature du programme lors des différentes étapes de la collaboration.

Les principaux responsables, au sein du MS, du partenariat avec l'USAID, étaient le Directeur de la Population (pour la supervision générale du programme) et le Directeur des Equipements et de la Maintenance (pour les activités de construction). Au fur et à mesure que l'assistance de l'USAID s'étendait à d'autres aspects du système de santé, d'autres Directions au sein du Ministère de la Santé, dont celles de la Planification et des Ressources Financières, des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, et de la Réglementation et du Contentieux, sont devenues plus étroitement engagées dans le partenariat.

Du côté de l'USAID, une supervision active de la part d'une équipe dévouée de la Mission a été combinée à la participation de responsables de différents programmes travaillant à l'USAID/Washington. Lors des premières étapes de la collaboration USAID/MS, un grand nombre de différents projets centraux de l'USAID et d'organismes collaborateurs aux Etats-Unis étaient responsables d'apporter le soutien technique aux différents aspects

du programme. En 1993, l'USAID, en accord avec le MS, lançait un appel d'offres cherchant à adjudger des contrats institutionnels à une société américaine pour gérer directement les activités convenues et procéder au déboursement sur une base quotidienne.

Des années 70 au début des années 90, la taille du personnel USAID/Maroc, tant marocain qu'américain, s'est accrue parallèlement au champ d'action et à la complexité croissante du programme, puis s'est contractée progressivement lors des années 90, alors que les éléments du programme devenaient plus ciblés et qu'un contractant institutionnel assumait certaines des responsabilités de gestion quotidienne.

Un comité directeur conjoint de haut niveau MS/USAID, se rencontrant une ou deux fois par an, fixait l'orientation générale du programme. Lors de la dernière étape de la collaboration, une unité de gestion de projet (UGP) était convoquée régulièrement par le Directeur de la Population du MS et le Responsable USAID de la Population et de la Santé aux fins de planification technique et supervision d'activités spécifiques. L'UGP se rencontrait mensuellement et souvent, toutes les deux semaines, réunissant tous les responsables de l'activité du MS et de l'USAID, des contractants ou consultants et autres personnes invitées selon l'ordre du jour. Cette unité s'est avérée un moyen efficace pour garantir des mesures rapides et une bonne communication entre les nombreux partenaires engagés dans les divers programmes. Ces réunions permettaient également de discuter franchement et de manière approfondie des nombreuses questions se présentant entre les différents partenaires.

CONTRIBUTIONS DU MS AUX COÛTS DU PROGRAMME

Tout au long de toutes les phases de la collaboration avec l'USAID, le MS a assumé l'essentiel des dépenses courantes du programme national de santé, dont principalement:

- Les salaires du personnel
- Les dépenses fondamentales de fonctionnement

et de formation

- Les frais généraux et les dépenses de loyer des locaux
- Le terrain pour les projets de construction
- La construction et la remise en état des immeubles (à l'exception de construction spécifique dans le cadre des accords de dons)
- Les dépenses d'amortissement pour les immeubles, les véhicules et l'équipement
- L'achat de médicaments, de certains équipements médicaux et de meubles et fournitures de bureau
- Le paiement pour les politiques d'assurance

L'USAID assumait l'essentiel des coûts restants du programme: contraceptifs, formation, véhicules,

Collaboration MS/USAID 1971 - 2000

Phase I: 1971-1977 Assistance pour la planification familiale - 3 046 000 \$

Ce projet marquait le début d'une collaboration entre le MS et l'USAID. Il comportait notamment l'achat de contraceptifs, la construction de structures pour la planification familiale (13 centres de référence de la planification familiale et les locaux de la Direction de la Population), ainsi que le démarrage du Programme des Visites à Domicile de Motivation Systématique (VDMS).

Phase II: 1978-1985 Soutien pour les programmes de planification familiale - 11 887 000 \$

Ce projet a financé:

- L'élargissement du Programme VDMS à 13 provinces
- La construction de 10 centres de référence de la planification familiale
- La création du Centre National de Formation en Reproduction Humaine (CNFRH) à Rabat pour fournir une formation clinique en matière de planification familiale
- La formation de professionnels de soins de santé en matière de contraception chirurgicale volontaire (CCV)
- La réalisation de la première enquête sur la prévalence de la contraception
- L'introduction à échelle limitée des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC), par le biais de l'Association Marocaine pour la Planification Familiale (AMPF).

indemnités pour le personnel du Programme VDMS, équipement médical et audiovisuel, technologie du système d'information et assistance technique.

Ce n'est qu'à la Phase V qu'on a spécifié la contribution financière du Ministère de la Santé au programme. Cherchant à renforcer les chances de pérennisation du programme, l'Accord de Don de la Phase V spécifiait les accroissements annuels au niveau de la contribution du MS, par rapport à la contribution de l'USAID, pour des éléments programmatiques particuliers. A la fin de cette période, le MS assumait l'entière responsabilité de l'achat de tous les vaccins et contraceptifs nécessaires pour le programme public national.

Phase III: 1984-1991 Assistance pour les questions de planification familiale et de démographie - 26 200 000 \$

L'accroissement net du financement de l'USAID témoignait de l'engagement de l'USAID au programme marocain. Ces fonds ont été utilisés pour l'achat de contraceptifs, l'expansion du Programme VDMS, le soutien pour la CCV et l'IEC. Un appui a été accordé à certaines activités de survie de l'enfant, dont les vaccinations et les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques. Le Programme National pour Combattre la Malnutrition Protéino-calorique a reçu un appui considérable de Catholic Relief Services (CRS) pour l'introduction de nouveaux indicateurs de dépistage, la distribution d'une farine de sevrage et les communications encourageant la croissance et l'allaitement maternel. Pour la première fois, on a fait appel au secteur privé lors du démarrage, en 1989, du marketing social des condoms « Protex » et le démarrage des partenariats avec des sociétés privées pour promouvoir la planification familiale auprès de leurs employés.

Phase IV: 1989-1996 Assistance pour la planification familiale et la survie de l'enfant - 31 000 000 \$*

* Dont 7 million de dollars virés au projet de la phase suivante.

Cette phase concernait:

- Le renforcement de la participation du secteur privé, avec le lancement des sels de réhydratation par voie orale, « biosel » et le contraceptif oral « Kinat Al Hilal », dans le cadre du Programme National de Marketing Social
- L'appui pour les activités de survie de l'enfant, dont la couverture vaccinale, la réduction de la mortalité infantile imputable à la diarrhée et l'amélioration des services de consultation

prénatale

- L'appui pour étendre à plus grande échelle la couverture sanitaire, avec l'achat de 44 véhicules, 400 scooters rapides, 775 conteneurs en métal et 775 casques pour le personnel de la stratégie avancée
- La construction de deux centres de référence au CHU de Rabat et de Casablanca, 20 services de CCV au niveau provincial et la création de neuf centres de formation régionaux
- L'installation d'électricité photovoltaïque sur 82 sites dans 11 provinces au Sud pour améliorer la qualité des services et des conditions de vie des professionnels de soins de santé
- L'achat à grande échelle d'équipement médical et de meubles de bureau
- La mise en place de sous-systèmes d'information et intégration de la gestion et de la recherche aux plans d'action
- L'introduction à l'aspect formulation de politiques: recouvrement des frais hospitaliers, réforme de la politique des soins de santé et élargissement de la couverture d'assurance maladie
- L'achat de contraceptifs à hauteur de 12 000 000 \$

Phase V: 1993-2000 Réduire la fécondité, améliorer la santé maternelle et infantile - 52 000 000 \$

Ce programme conjoint comporte deux objectifs : l'utilisation accrue des services de planification familiale et de santé maternelle et infantile et la pérennisation de ces services. Lors de cette phase, un plan de transition a été appliqué pour garantir la pérennisation et maintenir les progrès réalisés. La Phase V a permis de financer les produits, l'assistance technique et le matériel. Pour la première fois, le projet mettait en exergue les problèmes de santé maternelle. Outre l'assistance technique générale pour renforcer les programmes nationaux de planification familiale et de santé infantile, d'autres activités particulières ont été réalisées, dont:

- Un projet pilote dans deux régions pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence, accompagné par une stratégie de communication nationale.
- L'expansion des activités d'IEC, passant de 700 000 \$ lors de la Phase III à 5 millions \$ lors de la Phase V

- L'achèvement de la construction pour les huit centres de référence, 19 centres de santé communaux, le dépôt de Salé et la rénovation des dépôts de Casablanca et d'Agadir
- L'achat de 180 véhicules tout terrain pour la stratégie mobile de couverture sanitaire
- L'introduction de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)
- L'introduction de l'approche assurance de qualité
- La mise en place d'une stratégie pour la formation continue des agents de santé
- L'appui à la stratégie nationale pour la lutte contre les carences en micronutriments
- L'achat de contraceptifs dans le contexte du plan de transition avec le MS

Pour la première fois, la contribution du MS est apparue dans le document du projet. Elle représentait 108 millions \$, dont 60% étaient destinés aux salaires du personnel et 6% à l'achat de contraceptifs. Lors de cette phase, un contractant institutionnel américain (John Snow, Inc.) fournissait les services techniques et était chargé de la coordination des activités.

Objectif spécial 07: 2000-2003 Mesures clés pour la pérennisation des programmes de population, de santé et de nutrition - 14 100 000\$

Aux termes d'un Protocole d'accord entre le Gouvernement des Etats Unis d'Amérique et le Gouvernement du Maroc, le MS et l'USAID ont convenu de mettre en place un programme de transition post-bilatérale pour pérenniser les programmes qu'ils avaient réalisés ensemble. Ils se fondent sur deux éléments essentiels:

- Décentralisation des soins de santé de base au niveau régional : régions de Souss-Massa-Draa et de Tanger-Tétouan
- Elargissement des services de santé reproductive et infantile dans le secteur privé.

En outre, l'Objectif spécial soutient des mesures ciblées visant à renforcer la pérennisation des activités précédentes, une enquête démographique et de santé prévue pour 2002 et les activités visant à réduire les carences en micronutriments.

ORGANISMES COLLABORATEURS AMERICAINS ACTIFS AU MAROC, DANS LE CADRE DES PROJETS USAID/MS

Projet/Organisation(s)	Dates	Principaux domaines d'intervention
SURVIE DE L'ENFANT		
<ul style="list-style-type: none"> ● BASICS I/Académie pour le Développement de l'Education (AED), John Snow Inc. (JSI), Management Sciences for Health (MSH) 	1993-1999	Introduction de l'approche de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME), assistance technique pour la gestion et la prestation de services de vaccinations, participation du secteur privé aux SRO
<ul style="list-style-type: none"> ● Catholic Relief Services (CRS) 	1970-1991	Programme Titre II, programmes de micronutriments, distribution des SRO, promotion de l'allaitement maternel
GESTION LOGISTIQUE DES CONTRACEPTIFS		
<ul style="list-style-type: none"> ● Centers for Disease Control (CDC) 	1978-1997 1999-2000	Assistance technique à la mission pour la gestion de la logistique contraceptive et la formation épidémiologique
<ul style="list-style-type: none"> ● FPLM/John Snow Inc. (JSI) 	1984-1998	Système de logistique des contraceptifs
ENQUETES DEMOGRAPHIQUES ET DE SANTE (EDS)		
<ul style="list-style-type: none"> ● Westinghouse 	1982-1989	1983/1984, Enquête nationale de prévalence contraceptive, 1987, Enquête nationale sur la population et la santé et renforcement des capacités de recherche
<ul style="list-style-type: none"> ● Macro International 	1991-1998	1992 Enquête nationale sur la population et la santé, 1995 Enquête panel et renforcement des capacités de recherche
<ul style="list-style-type: none"> ● MEASURE DHS+/Opinion Research Corporation Company (ORC) et Macro 	2000-2003	2002-2003 Enquête démographique et de santé
PLANIFICATION FAMILIALE - METHODES CLINIQUES		
<ul style="list-style-type: none"> ● JHPIEGO/Université Johns Hopkins 	1985-1991	Changements du programme de la Faculté de Médecine, mises à jour clinique et méthodologie pédagogique
<ul style="list-style-type: none"> ● AVSC (à présent EngenderHealth) 	1993-2000	Formation en contraception chirurgicale volontaire (CCV) et autres méthodes cliniques de planification familiale, renforcement des capacités en CCV et autres méthodes cliniques
<ul style="list-style-type: none"> ● Population Council 	1992-1993	Période d'essai pour l'introduction du Norplant
PLANIFICATION FAMILIALE - GESTION ET FORMATION		
<ul style="list-style-type: none"> ● ENTERPRISE/John Snow Inc. (JSI) 	1984-1991	Information et services de planification familiale sur les lieux du travail
<ul style="list-style-type: none"> ● FPMD/Management Sciences for Health 	1987-1995	Renforcement en gestion pour le MS et institutions ciblées (INAS, CNFRH)
<ul style="list-style-type: none"> ● PRIME/INTRAH 	1989-1999	Formation des agents de santé, méthodes et systèmes de formation
INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION (IEC)		
<ul style="list-style-type: none"> ● Centre pour les Programmes de Communication de l'Université Johns Hopkins (JHUCCP) 	1985-1992 1993-2000	Stratégie et renforcement des capacités en IEC, approche divertissement-éducation

CONTRACTANTS INSTITUTIONNELS (équipes dans le pays)

● SEATS/John Snow Inc. (JSI)	1989-1992	Contractant institutionnel de la Phase IV
● RONCO	1989-1992	Contractant institutionnel de la Phase IV pour la formation
● John Snow Inc. (JSI)	1993-2000	Contractant institutionnel USAID/MS de la Phase V
	2000-2003	Contractant institutionnel USAID/MS de l'Objectif Spécial
● University Research Corporation (URC)	1993-2000	Sous-traitant pour les activités d'assurance de la qualité de la Phase V USAID/MS
	1999-2003	Sous-traitant pour les activités d'assurance de la qualité de l'Objectif Spécial USAID/MS

MICRONUTRIMENTS

● OMNI I + II/John Snow Inc. (JSI)	1993-1998	Enquête et mise en place du programme de vitamine A
● MOST/International Science and Technology Institute (ISTI)	1999-2003	Prévention des carences en micronutriments, fortification des aliments

SUIVI ET EVALUATION

● Projet EVALUATION/ Université de Tulane	1992-1997	Etudes de recherche, renforcement des capacités et formation professionnelle
● MEASURE <i>Evaluation</i> / Université de Tulane	1997-2002	Enquête rapide de la qualité (QIQ), formation aux méthodes de recherche de la qualité, renforcement des capacités, études de recherche

REFORME DES POLITIQUES

● RAPID I + II/The Futures Group International	1978-1985	Projections de population en tant qu'outil de politiques
● OPTIONS/The Futures Group International	1989-1992	Formulation et application des politiques de planification familiale
● POLICY/The Futures Group International	1992-2000	Segmentation du marché de la planification familiale et pérennisation des programmes
● PHR/Abt Associates	1995-2000	Formulation des politiques de santé et réforme du secteur de la santé

MARKETING SOCIAL

● SOMARC/The Futures Group International	1989-1998	Marketing social des contraceptifs du secteur privé
● Population Services International (PSI)	1993-1996	Marketing social des sels de réhydratation par voie orale
● Commercial Market Strategies (CMS)/Deloitte, Touche Tomatsu	1999-2003	Services et produits de santé du secteur privé

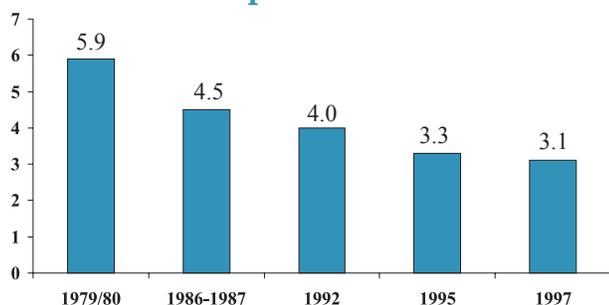
IST/VIH/SIDA

● AIDSCAP/Family Health International	1994-1996	Introduction de l'approche syndromique à la prise en charge des IST
● International AIDS Alliance	1995-2001	Renforcement des capacités d'ONG marocaines pour la lutte contre le VIH/SIDA

III. LE PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE

La collaboration entre le Ministère de la Santé marocain et l'USAID en ce qui concerne le démarrage, l'élargissement et la pérennisation d'un programme de planification familiale de haute qualité est un franc succès sur tous les plans. Durant ces 20 dernières années, le pourcentage de femmes mariées

Indice synthétique de fécondité dans le temps chez les femmes en âge de procréer



qui utilisent les méthodes de contraception a nettement progressé au Maroc, passant de 19% à 59%. Le net recul du taux de fécondité national confirme l'impact de ce programme. L'indice synthétique de fécondité au Maroc, qui exprime le nombre moyen d'enfants par femme pendant sa vie, a baissé, passant de 5,9 en 1979/1980 à 3,1 en 1997.

ACCEPTATION PRÉCOCE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Au milieu des années 60, l'accroissement rapide de la population était reconnu à l'échelle internationale comme un défi de taille pour certains pays en développement. Toutefois, surtout dans des sociétés traditionnelles et pronatalistes, la planification familiale n'était pas acceptée aisément par les dirigeants nationaux. Au Maroc, les économistes du Ministère de la Planification ont reconnu les conséquences négatives de la croissance rapide de la population sur le développement socio-économique. S'inspirant d'une analyse faite par le Ministère de la Planification, Feu Sa Majesté le Roi Hassan II a émis un Mémorandum Royal en 1965 reliant le problème de

la croissance rapide de la population au développement socio-économique du pays.

En février 1966, le Ministère de la Santé marocain mettait sur pied le Programme National de Planification Familiale (PNPF). Dès les premiers pas du programme, la planification familiale était intégrée aux services de soins de santé de base. Les services de planification familiale ont d'abord été offerts dans les zones urbaines et les DIU représentaient la principale méthode contraceptive dispensée. Toutefois, l'introduction rapide du DIU dans un système de soins de santé qui n'était pas suffisamment préparé n'a fait que nuire à l'acceptabilité à long terme du DIU au Maroc. La pilule contraceptive, introduite en 1968, était acceptée avec grand enthousiasme par les femmes marocaines: en 1970, le nombre d'utilisatrices de la pilule dépassait déjà le nombre d'utilisatrices du DIU.

C'est à la fin des années 70 que la planification familiale a nettement progressé au Maroc. Depuis, le programme s'est étendu régulièrement, s'implantant dans un contexte national favorable et soutenu par un solide appui de l'USAID et d'autres bailleurs de fonds. La fin des années 70 et le début des années 80 représentaient une période dynamique, avec un solide appui des dirigeants. Aux fins d'assurer l'acceptabilité de la planification familiale, les responsables sanitaires du Maroc ont cherché à trouver le bon équilibre entre, d'une part, les déclarations explicites des politiques en matière de population encouragées par l'USAID et, d'autre part, le retour en force des membres les plus conservateurs de la société. Par conséquent, le Maroc n'a pas promulgué une politique officielle de population. Les responsables de la santé au Maroc ne se sont pas mis sur le devant de la scène. Toutefois, ils n'en ont pas moins renforcé les prestations de service de planification familiale. Grâce à l'engagement des dirigeants politiques, l'adaptation du programme aux besoins nationaux, le dévouement des professionnels des soins de santé et l'appui de l'USAID, le Programme Marocain de Planification Familiale est devenu une réussite reconnue à l'échelle internationale.

EXTENSION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE, À L'ÉCHELLE NATIONALE

En 1977, un système novateur de visites à domicile par des agents de santé, appelé le Programme de Visites à Domicile de Motivation Systématique (VDMS), a été mis en place par le MS et l'USAID afin de répondre aux besoins en planification familiale des populations éloignées. Cette stratégie a permis d'apporter des informations et des services de planification familiale à des femmes qui, autrement, n'en auraient pas entendu parler, surtout dans les zones rurales. Le programme VDMS est reconnu par tous comme le pivot même de l'acceptabilité et de la réussite initiale du PNPF. A une époque où les représentants officiels du Ministère étaient sceptiques et pensaient que la planification familiale ne puisse convenir au contexte socio culturel dans la culture musulmane du Maroc, le projet pilote initial VDMS à Marrakech a démontré que la planification familiale était bel et bien acceptée par les familles marocaines traditionnelles, constituant la majeure partie de la population. Le programme VDMS représentait également une étape décisive dans la collaboration entre le MS et l'USAID. En outre, ce programme a valu au Maroc une reconnaissance internationale précoce comme pays prêt à adopter des stratégies novatrices détenant des résultats prometteurs. Dans les années 80, l'extension des services VDMS, avec intégration de soins de santé infantile, a encore renforcé son acceptation par la population marocain.

L'extension et l'amélioration parallèles du réseau public des soins de santé au Maroc revêtaient également une importance cruciale pour le développement et la réussite du programme national de planification familiale. Sur la période de 30 ans couverte par ce rapport, le Ministère de la Santé a augmenté régulièrement le nombre de centres de santé public sur l'ensemble du territoire Marocain et a amélioré la qualité des soins dans ces structures sanitaires (avec le soutien financier de l'USAID et autre assistance internationale). A présent, la planification familiale est dispensée dans toutes les formations sanitaires publiques : centres de santé urbains et ruraux, maisons d'accouchement, centres de références et maternités hospitalières urbaines et rurales. Toutes les méthodes contraceptives sont offertes gratuitement dans ces établissements.

Afin d'améliorer la qualité des services de planification familiale au Maroc, l'USAID a également donné son appui à la construction d'unités spécialisées au sein du MS, telles que:

1) **Un centre national et international de formation en planification familiale relié à l'université de Rabat (Centre National de Formation en Reproduction Humaine - CNFRH).** Le CNFRH a fourni une formation portant sur l'insertion du DIU et la contraception chirurgicale volontaire (CCV) à des milliers de médecins et infirmiers et a mis en place des services CCV de haute qualité dans 34 hôpitaux provinciaux. Ce centre d'excellence a permis de faire connaître le Maroc à l'échelle internationale en matière de contraception clinique.

2) **Centres de référence.** Le MS et l'USAID ont construit 23 centres de référence de planification familiale dans différentes provinces afin de décentraliser les services de planification familiale et de devenir un symbole visible du soutien accordé par le gouvernement à la planification familiale. Ces centres étaient très importants au moment du démarrage du programme. Toutefois, par la suite, grâce aux meilleures compétences de planification familiale parmi tout le personnel sanitaire et la disponibilité accrue des méthodes de planification familiale (sauf la CCV) dans des structures sanitaires de base, le rôle de ces centres est devenu moins important qu'il ne l'était lors des premières étapes du programme de planification familiale. Actuellement, le MS cherche à étendre leurs fonctions à d'autres domaines de la santé de la reproduction.

3) **Centres régionaux de formation.** Neuf centres régionaux de formation situés dans les principales régions marocaines fournissent une formation en planification familiale. Les formateurs appartiennent au personnel des instituts de formation en soins infirmiers, des centres de référence et des services d'obstétrique et de gynécologie. Ces centres ont nettement élargi l'accès à la formation en matière de planification familiale pour le personnel médical et infirmier de l'ensemble du Maroc.

4) **Structures d'emmagasiner des contraceptifs.** Un dépôt de contraceptifs a été construit à Casablanca et un autre a été rénové dans le but d'améliorer la gestion et la distribution des contraceptifs sur

l'ensemble du pays. Un dépôt a été également construit à Salé pour couvrir la partie au Nord du pays et un dépôt à Agadir a été remis en état pour la partie Sud du pays.

ASSISTANCE TECHNIQUE DE L'USAID AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

L'assistance technique apportée par l'USAID au programme national de planification familiale se concentrait dans cinq domaines essentiels : logistique des contraceptifs, formation continue des prestataires de soins de santé, formulation de stratégies efficaces d'information, d'éducation et de communication (IEC), mise en place d'un système d'information sanitaire et participation du secteur privé à la planification familiale.

1. Logistique des contraceptifs

L'USAID a fourni une aide technique et financière considérable au programme national de planification familiale pour mettre en place un système efficace de logistique des contraceptifs et assurer sa viabilité dans le long terme. La gestion des contraceptifs a été simplifiée et des procédures standard ont été adoptées, vérifiant un flux de produits entre tous les niveaux du réseau sanitaire. Par la réalisation de multiples formations pour les responsables de la planification familiale, des procédures ont été adoptées pour prévoir les besoins en matière de produits contraceptifs et leurs acquisitions/passations de marché. La distribution des contraceptifs sur l'ensemble du pays était assurée grâce à l'acquisition de camions avec des fonds conjoints de l'USAID et du MS. Grâce à cet investissement au niveau de la logistique, le programme national de planification familiale a rarement connu des ruptures de stock à n'importe quel niveau du système de santé.

2. Formation

La formation du personnel prestataire et gestionnaire a fait l'objet d'une haute priorité lors de toutes les phases des projets MS/USAID. La formation dispensée lors de la mise en œuvre de ces projets traitait de la planification familiale clinique, de la logistique des contraceptifs, du counseling, de la gestion, du traitement des données, de l'évaluation et des techniques de recherche. La majorité des séances de formation étaient assurées par des cadres du MS, soit à Rabat soit dans les provinces. En outre, 29 des

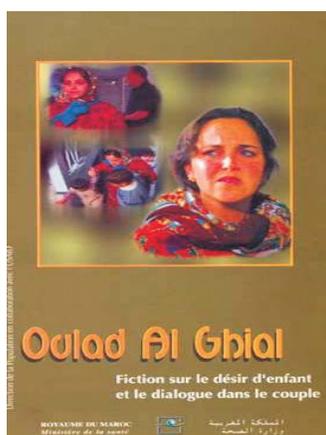
professionnels de la santé marocains ont obtenu des maîtrises en santé publique dans des universités aux Etats-Unis. De plus, des ateliers, des visites sur le terrain et des stages pratiques étaient également organisés au Maroc et à l'étranger.

Cherchant à garantir que chaque professionnel des soins de santé dispose des compétences pour fournir des services de planification familiale, l'USAID a aidé le MS à revoir les plans de formation en santé de la reproduction et à concevoir de nouveaux modules de formation pour les sages-femmes et les étudiants en sixième année de médecine. On a notamment formé des moniteurs/instructeurs pour leur apprendre à utiliser les nouveaux modules de formation. Un institut spécialisé d'administration de la santé, l'Institut National de l'Administration Sanitaire (INAS), a été créé en 1989, témoignant de l'engagement du Maroc à améliorer la gestion des programmes de santé du pays. L'INAS dispense une formation de niveau maîtrise en santé publique et a aidé à créer un groupe de responsables de la santé publique disposant des compétences techniques et administratives nécessaires pour gérer et administrer efficacement des programmes de soins de santé. Le MS et l'USAID - convenant que les professionnels de la santé devraient recevoir un recyclage régulier et prendre ainsi connaissance des nouvelles approches - ont mis au point une stratégie introduite avec le soutien de l'USAID pour apporter une formation continue aux professionnels de la santé en fonction des compétences et besoins locaux.

3. Information, éducation et communication (IEC)

Les activités d'IEC prennent une part importante dans la réussite de la planification familiale au Maroc, malgré un démarrage lent. Au départ, les représentants officiels au Maroc hésitaient à parler publiquement du Programme National de Planification Familiale, craignant des répercussions sociales ou politiques. Ils ne souhaitaient pas non plus créer une demande élevée pour des services de planification familiale avant que le système de soins de santé ne soit prêt pour répondre à cette demande.

Une évaluation du projet USAID/MS à la fin des années 80 notait des lacunes au niveau de l'IEC comparées aux progrès impressionnants obtenus dans d'autres domaines. Contrairement aux années 80, la



communication, lors des années 90, occupait les premiers rangs dans tous les programmes prioritaires du Ministère. En 1990, une stratégie nationale d'IEC était formulée et un séminaire de consensus national était organisé pour la première fois. En 1993, pour la première fois, le Programme National de Planification Familiale était mis en exergue par une « Semaine nationale de la planification familiale » organisée pendant quatre années consécutives avec l'aide de l'USAID.

Ces campagnes ont permis aux politiciens, aux professionnels de soins de santé et à d'autres partenaires de promouvoir la planification familiale qui, jusqu'alors, avait été traitée uniquement dans le cadre des structures sanitaires. Lors de la dernière phase du soutien bilatéral de l'USAID, les activités d'IEC ont tout particulièrement reçu une haute priorité. Grâce à l'assistance technique de l'USAID, le MS a mis sur pied des activités intégrées pour promouvoir la planification familiale et réduire la mortalité maternelle. Ces activités de communication ont été organisées pour le « divertissement-éducation, » approche utilisée dans un grand nombre de programmes soutenus par l'USAID pour sensibiliser à ces questions et encourager le changement de comportement.

4. Systèmes d'information sanitaire et enquêtes

Le Programme de Planification familiale a bénéficié d'un système d'information, de suivi et d'évaluation mis au point par le MS, avec un soutien considérable de l'USAID. Après avoir concouru à de nombreuses EDS et enquêtes analogues, les cadres du MS connaissent bien l'organisation des enquêtes nationales auprès des ménages. Le caractère régulier et la haute qualité des données engendrées par ces

enquêtes ont permis au MS, à l'USAID et à d'autres partenaires intéressés de démontrer les progrès et de cerner les domaines exigeant des activités supplémentaires. De plus, avec l'aide de l'USAID, des études particulières ont été effectuées sur des thèmes importants pour le programme de planification familiale : qualité des soins, segmentation du marché et réglementation régissant les achats et la fourniture de biens et services. Une recherche qualitative a également été effectuée pour mieux comprendre les groupes ciblés par les programmes de planification familiale. Des études qualitatives ont examiné les rumeurs entourant la planification familiale, les contraintes entravant l'acceptation du DIU, les raisons de l'arrêt d'utilisation des injectables et les opinions et pratiques des hommes concernant la planification familiale, ainsi qu'une étude juridique sur la planification familiale.

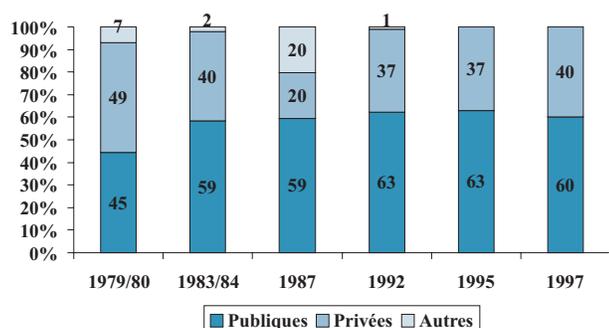
Autre aspect essentiel de la collaboration USAID/MS: la mise en place d'un système d'information de routine pour suivre les performances en matière de la planification familiale et autres services préventifs de santé maternelle et infantile. A l'issue de plusieurs tentatives, des responsables du MS ont collaboré avec des consultants de l'USAID pour mettre en place un système intégré d'information en santé publique à échelle nationale et de nature conviviale. Le but était le suivant : fournir une information aux responsables de la santé à tous les niveaux du système qu'ils peuvent utiliser pour étayer leurs décisions concernant la gestion de leurs programmes. Après un investissement considérable en ordinateurs et logiciels et grâce à l'assistance technique, les responsables de la santé aux niveaux provincial, régional et national, compilent à présent régulièrement des rapports sur la prestation des services de PF et autres services de SMI. L'utilisation de ces données pour la prise de décisions est un thème continu du dernier programme conjoint de l'USAID et du MS.

5. Participation du secteur privé à la planification familiale

A présent, le secteur privé assume un rôle important dans le cadre du Programme National de Planification Familiale, grâce aux efforts conjoints déployés par le MS et l'USAID pendant ces 10 dernières années.

Démarré en 1989, le Programme National de Marketing Social représentait un pas en avant dans l'évolution du Programme National de Planification

Evolution des sources d'approvisionnement pour la pilule



Familiale. Outre l'accroissement de la prévalence de la contraception, les objectifs du programme consistaient à augmenter la participation du secteur privé aux prestations aux coûts des soins de santé, à encourager le choix du client et à assurer la disponibilité de services de haute qualité dans les secteurs public et privé.

Le condom était le premier produit lancé adopté dans le cadre de ce programme. Le défi n'était pas des moindres car l'utilisation du condom représentait à cette époque un sujet tabou au Maroc et le Programme National de Planification Familiale, après avoir uniquement ciblé des femmes, s'adressait pour la première fois aux hommes. Toutefois, le programme a été couronné de succès et, en 1993, le soutien financier de l'USAID n'était plus nécessaire pour que les ventes de condoms continuent à grimper pour arriver à l'auto financement. L'adoption de la pilule en tant que produit du marketing social en 1992 a été comparativement facile au regard de sa bonne acceptabilité au Maroc. La pilule du marketing social a rapidement gagné une part élevée du marché après son introduction. Ce produit a pu se passer du soutien financier de l'USAID en 1996. La publicité pour ces pilules est financée par les distributeurs eux-mêmes à partir des recettes des ventes.

Par contre, l'introduction du DIU et du contraceptif injectable en 1997 et en 1998 en tant que produits du marketing social était entourée de plus de difficultés. En effet, leurs niveaux d'acceptation plus faibles en



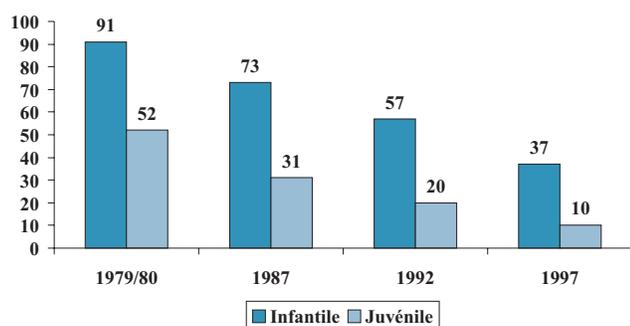
tant que méthodes contraceptives auprès des Marocains, probablement dus à une prise en charge inadéquate des effets secondaires par les professionnels de la santé et la résistance d'un grand nombre de professionnels sanitaires privés à dispenser ces méthodes, représentaient probablement le facteur expliquant les difficultés rencontrées pour distribuer ces produits par le biais du marketing social. En plus, les clients de la planification familiale sont également plus habitués à obtenir ces deux types de méthodes du secteur public. Aussi, ces produits ne sont-ils pas encore considérés peu viables sur le marché sans le financement de l'USAID pour une assistance au niveau du marketing.

Accroître la part du secteur privé dans les services de santé de la reproduction au Maroc continue à être un objectif important du MS et de l'USAID lors de leur étape finale de collaboration. Ces dernières années, la part de marché du secteur privé dans la planification familiale a stagné aux alentours de 37% de tous les contraceptifs utilisés au Maroc. Ce sont non seulement les produits du marketing social, mais également des services de santé de haute qualité et d'un coût abordable qui s'avèrent nécessaires si l'on veut que le secteur privé devienne une source d'approvisionnement importante des méthodes de planification familiale et de soins de santé infantile au Maroc. Lors de l'étape finale de l'assistance de l'USAID au secteur de la santé, une grande attention est prêtée à la participation et à l'engagement du secteur privé.

IV. LE PROGRAMME DE SANTÉ INFANTILE

Grâce aux efforts du MS, avec le soutien de l'USAID et d'autres bailleurs de fonds, le taux de mortalité infantile (TMI) a nettement reculé ces dernières décennies, passant de 91 décès pour 1000 naissances vivantes en 1979/1980 à 37 pour 1000 naissances vivantes en 1997. La mortalité chez les enfants âgés de 1 à 5 ans a également diminué, passant de 52 décès pour 1000 naissances vivantes en 1979/1980 à 10 pour 1000 en 1997.

Evolution de la mortalité infantile et juvénile pour 1000 naissances vivantes



COUVERTURE GÉNÉRALE DU PROGRAMME

Démarré en 1977 par le MS et l'USAID, le Programme VDMS a rendu les services de santé préventive plus accessibles aux enfants. Pour la première fois, les femmes qui vivaient loin des structures sanitaires ont pu recevoir des services de vaccination et autres services pour leurs enfants, soit directement à domicile soit dans leur communauté. Parallèlement, des efforts considérables étaient déployés par le MS pour élargir l'accès aux soins de santé de base dans des établissements fixes. De 1987 à 1996, le nombre d'établissements de soins de santé de base a augmenté, passant de 800 à 1900. Il s'agit essentiellement de centres autonomes, bien que 132 centres comprennent des structures d'accouchement et 106 hôpitaux publics servent de centres de référence pour les établissements du niveau inférieur. Toutes les activités préventives ciblant les enfants et leur mère sont prises en charge par le même personnel, dans le même contexte sanitaire. Cette intégration est l'un des points forts des programmes

de santé maternelle et infantile au Maroc. Les vaccinations sont le rouage essentiel de ces programmes.

Toutefois, l'accès aux services de base pour les populations rurales reste difficile. En 1996, 31% des personnes dans les zones rurales vivaient à l'extérieur d'un rayon de 10 km d'un établissement de santé. C'est la raison pour laquelle, en 1994, l'USAID a aidé le MS à renforcer sa stratégie mobile en achetant 180 véhicules pour servir les populations éloignées par des activités préventives, dont la planification familiale, la vaccination et autres services de base. Toutefois, suite aux nombreux problèmes que connaissent les dispensaires ruraux du point de vue personnel, financement des dépenses de fonctionnement et gestion de la stratégie mobile, la couverture et les services fournis par les équipes mobiles restent faibles par rapport aux investissements. Le MS et l'USAID ont convenu que ces problèmes ne pouvaient être résolus que par le biais d'une gestion décentralisée des services de santé qui est la composante essentielle de la dernière phase de collaboration entre les deux partenaires.

VACCINATIONS

Au Maroc, la vaccination contre la variole a démarré en 1929 et, en 1950, la maladie était déclarée éradiquée. Le vaccin BCG a été introduit en 1949 et le vaccin DT-Coq en 1963. Cherchant à améliorer la couverture vaccinale, le MS a organisé, en 1964, une campagne de vaccination contre la poliomyélite dans les grandes villes et une campagne générale pour tous les vaccins en 1967. L'USAID a participé, de pair avec l'UNICEF et d'autres bailleurs de fonds, pour assumer les coûts de ces campagnes. Toutefois, en 1980, une évaluation du MS/UNICEF indiquait que la couverture vaccinale restait faible.

En 1981, le Programme Elargi de Vaccinations (PEV) était mis sur pied par le MS pour protéger les enfants contre six maladies selon un calendrier national de vaccination(s): tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et rougeole. L'USAID a aidé à financer les activités du PEV par le biais du



Programme de Visites à Domicile de Motivation Systématique (VDMS). En 1984, l'assistance de l'USAID au programme de vaccination et à d'autres composantes du programme de santé infantile du MS augmentait et allait rester depuis lors un élément clé de la collaboration de l'USAID/MS. Une évaluation, en 1986, indiquait des améliorations au niveau de la couverture vaccinale, mais la couverture des enfants de moins d'un an restait inférieure à 50%.

En 1987, le PEV était restructuré et devenait le Programme National d'Immunisation avec le lancement des Journées Nationales de Vaccination (JNV). Ces activités recevaient un soutien royal, l'engagement des professionnels de soins de santé et l'appui de l'USAID et d'un grand nombre d'autres bailleurs de fonds, dont l'UNICEF et le Rotary Club International. Les JNV ont suscité une mobilisation sociale sans précédent autour d'une question de santé. Elles ont permis de vacciner des milliers d'enfants, surtout dans les zones rurales, et ont conféré au MS une énorme visibilité et une grande crédibilité. Les JNV sont encore organisées annuellement, bien qu'elles soient une manière onéreuse de fournir des vaccinations régulières. Le MS est en train de démarrer la stratégie d'élimination de la rougeole et une stratégie de lutte contre les carences en micronutriments par le biais des JNV. A présent, les représentants sanitaires régionaux recommandent une plus grande souplesse pour adapter les JNV afin qu'elles répondent mieux aux calendriers régionaux ou à des besoins régionaux spéciaux.

En 1993, le Maroc a adopté l'Initiative d'Indépendance Vaccinale pour assurer l'autonomie

financière du Programme National d'Immunisation. L'USAID a octroyé le financement initial complet pour mettre en place un fonds renouvelable pour le MS, assurant un crédit immédiat à l'UNICEF pour ses achats ultérieurs. Une fois que chaque commande est passée, le MS assure que le Ministère des Finances transfère les fonds au compte de l'UNICEF pour réalimenter le fonds de roulement. En 1999, la vaccination contre l'hépatite B était introduite dans le calendrier national de vaccination et l'USAID octroyait un financement supplémentaire au fonds de roulement pour couvrir le coût de ce vaccin.

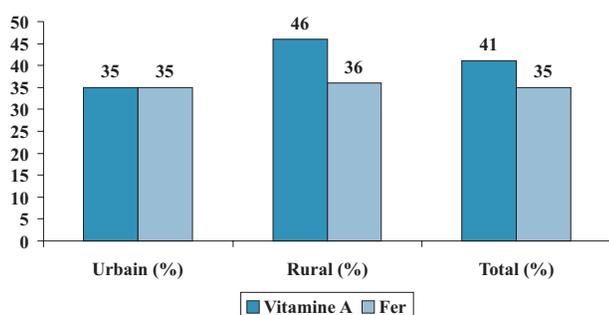
A présent, la couverture vaccinale au Maroc est élevée, tel que l'indique l'enquête nationale la plus récente, réalisée en 1997, 88% des enfants de moins d'un an sont entièrement vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite et 84% contre la rougeole. Actuellement, le vaccin contre l'hépatite B est administré régulièrement à tous les nouveau-nés.

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE ET DES MALADIES RESPIRATOIRES

Lors des années 70 et 80, d'autres activités de santé infantile connaissaient plus ou moins la même évolution que le programme de vaccination. Le Programme National de Lutte Contre la Malnutrition, le Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques et le Programme des Soins Périnataux étaient mis en place par le MS en 1987, avec l'appui de l'USAID, de l'UNICEF et d'autres bailleurs de fonds. La lutte contre les maladies diarrhéiques était renforcée en 1988, par les campagnes nationales financées par l'USAID pour promouvoir la prévention de la déshydratation et de la malnutrition imputables à la diarrhée grâce à l'utilisation des sels de réhydratation par voie orale (SRO). Si les hospitalisations dues à la déshydratation ont nettement diminué, l'utilisation des SRO pour chaque épisode diarrhéique est restée par contre à environ 14%, selon l'ENSP de 1992. Par la suite, avec le soutien de l'USAID, le programme a été élargi au secteur privé par la mise en œuvre du programme de marketing social des SRO sous le nom de marque BIOSEL. En 1997, selon l'enquête nationale la plus récente, les SRO sont utilisés dans 29% de tous les cas d'enfants souffrant de diarrhée.

Pour réduire la mortalité imputable aux maladies respiratoires, le MS a démarré un programme spécial

Avitaminose A et carence en fer chez les enfants de moins de six ans, 1995/1996



en 1992 avec le soutien de l'UNICEF, de l'OMS et de la Banque Africaine pour le Développement, ainsi qu'un appui limité de l'USAID. Le programme a renforcé la formation des agents de santé et a augmenté l'approvisionnement en médicaments pour traiter les infections respiratoires. En 1997, on notait des réductions très importantes au niveau de la mortalité infantile imputable à d'autres causes, mais le taux de la mortalité infantile imputable aux maladies respiratoires n'avait pas encore reculé de manière significative.

PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION, DONT LES CARENCES EN MICRONUTRIMENTS

Tout au long des années 70, les mères ont reçu une éducation nutritionnelle et des démonstrations alimentaires grâce à des programmes de distribution d'aliments gérés par le MS utilisant les aliments du Titre II de l'USAID. Lors de cette période, une étude sur l'état nutritionnel des enfants a été faite et un programme national de formation de techniciens en nutrition a été démarré dans les écoles d'infirmiers. En 1987, aux termes d'un accord passé entre le MS et l'USAID, la distribution générale des aliments a été changée et une distribution ciblée de céréales de sevrage a été adoptée, fournie dans le contexte du suivi de la croissance, de la promotion de l'allaitement maternel, de la prise en charge des enfants mal nourris et de la distribution de la vitamine D pour prévenir le rachitisme.

Par la suite, le programme nutritionnel du MS a élargi son champ d'action, incluant la prévention d'autres carences en micronutriments. Le MS, l'UNICEF et l'USAID ont réalisé plusieurs études de 1992 à 1996

pour déterminer les niveaux de carence en fer, de carence en iode et d'avitaminose A, mettant ainsi à jour l'ampleur de ces carences au Maroc.

En 1998, un Comité National des Carences en Micronutriments était mis sur pied et une stratégie a été définie pour combattre ces carences. La stratégie reposait sur trois piliers : supplémentation pour les populations à risques, éducation nutritionnelle et fortification des aliments de base avec des micronutriments. Ces activités ont été formulées en tant que partenariat entre les secteurs privé et public, soutenu par la mobilisation communautaire. Le sel iodé est déjà vendu sur le marché marocain et on est sur le point d'introduire, à l'échelle du pays, la farine enrichie avec du fer, des vitamines B et de l'acide folique. Des études sont en cours concernant d'autres aliments fortifiés.

ALLAITEMENT MATERNEL

La durée moyenne de l'allaitement maternel au Maroc est élevée (13,5 mois), mais les taux indiqués d'allaitement maternel exclusif pendant les quatre premiers mois de la vie ont varié selon les différentes enquêtes : 62% dans l'ENPS de 1992, 37% dans l'enquête Panel de Population et de Santé de 1995 (EPPS). Selon l'enquête PAPCHILD de 1997, 62% des nourrissons âgés de 0 à 3 mois sont allaités exclusivement et la durée moyenne de l'allaitement exclusif est de 3 mois (4 mois dans les zones rurales et 2 mois dans les zones urbaines). Ces variations pourraient refléter les différences au niveau de la méthodologie de collecte de données. Toutefois, le niveau relativement faible de l'allaitement maternel exclusif contribue à une prévalence élevée de la diarrhée chez les enfants de moins d'un an. Le MS a intensifié la promotion de l'allaitement maternel exclusif par le biais de l'initiative conjointe OMS/UNICEF des Hôpitaux « Amis des Bébé » (IHAB), mais, en 1998, seuls 17 des 45 hôpitaux concernés étaient officiellement désignés par l'UNICEF comme « hôpitaux amis-des-bébé » en ce qui concerne l'allaitement maternel. L'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie n'est pas jugé la règle qu'il faut suivre. Il faudra renforcer l'éducation sanitaire pour convaincre les agents de santé et les mères qu'ils conseillent des avantages liés à l'allaitement maternel exclusif lors de la prime enfance.

PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Nul doute, les programmes verticaux ont amélioré la santé des enfants, mais de tels programmes ont une portée limitée. L'évaluation des tendances mondiales aux niveaux de la mortalité et de la morbidité infantiles a poussé l'OMS, au début des années 90, à adopter une nouvelle approche : la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). L'approche repose sur le fait que 70% des décès infantiles peuvent être attribués à cinq causes pouvant être prévenues ou traitées : la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la rougeole et la malnutrition. Un programme PCIME intégral repose sur trois composantes : changement dans les protocoles de diagnostic et de traitement pour les soins cliniques des enfants malades, amélioration du système de santé pour assurer un approvisionnement de médicaments nécessaires et autres appuis pour ces changements et une composante communautaire pour encourager la prise en charge proactive des maladies infantiles au sein des familles et des communautés.

En 1997, avec le soutien de l'USAID, le MS adoptait la PCIME par le biais d'un projet pilote dans deux régions. Pour introduire la PCIME au Maroc, il fallait d'une part obtenir le consensus au sein de la profession sanitaire et des facultés de médecine concernant la nouvelle approche et, d'autre part, adapter les outils proposés par l'OMS tout en gardant le sceau de l'OMS. La formation d'équipes locales en matière de PCIME clinique exige d'importantes ressources humaines et financières. La composante communautaire de la PCIME confie aux familles une plus grande responsabilité au niveau du traitement des maladies infantiles, mais demande également des ressources financières considérables et un surcroît de travail pour les équipes sanitaires locales.

Malgré tous les efforts ardues que l'adoption de la PCIME représentait pour les responsables du MS, le niveau d'engagement de ces mêmes représentants officiels du MS face à l'approche PCIME montre bien combien ils étaient convaincus qu'il s'agissait là d'une amélioration des soins de santé infantile. Avec l'aide de l'USAID, la PCIME a été introduite au programme des écoles d'infirmières et le MS est en train d'étendre la PCIME à de nouvelles régions, avec l'aide d'autres bailleurs de fonds ainsi que de l'USAID.

Une évaluation de la composante clinique de la PCIME, réalisée en avril 2000, a montré qu'après une année de formation, les soins fournis aux enfants en ce qui concerne les maladies de la PCIME étaient de meilleure qualité que ceux fournis hors des composantes PCIME. Toutefois, l'étude soulignait le problème des ruptures de stock périodiques de médicaments, surtout les six produits jugés indispensables pour la PCIME. Une pénurie chronique de médicaments de base pour traiter les maladies décourage également les parents de venir avec les enfants pour un traitement avant que ces maladies ne soient trop avancées.

Ce sont encore les familles prises individuellement et, dans une mesure moindre, le budget du MS (inadéquat pour le moment) qui doivent assumer la charge financière de l'achat des médicaments pour les enfants malades. Il est encore difficile pour le MS de couvrir les coûts des médicaments de base et de vérifier un système efficace de fourniture de médicaments curatifs dans les zones rurales. Un engagement national et une stratégie pour assurer l'approvisionnement en médicaments de base pour les soins curatifs sont nécessaires pour continuer les progrès impressionnants réalisés par le Maroc au niveau de la réduction de la mortalité infantile grâce à la PCIME.

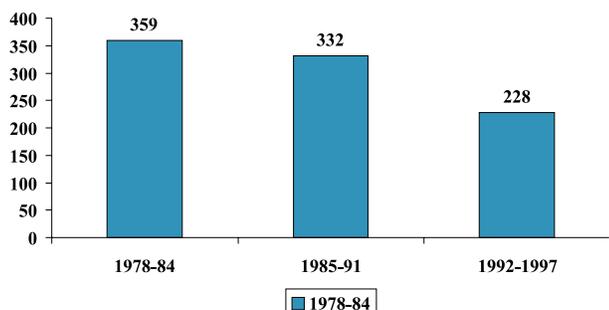
V. LE PROGRAMME DE LA MATERNITÉ SANS RISQUES

COMPRENDRE LE PROBLÈME PERSISTANT DES DÉCÈS MATERNELS AU MAROC

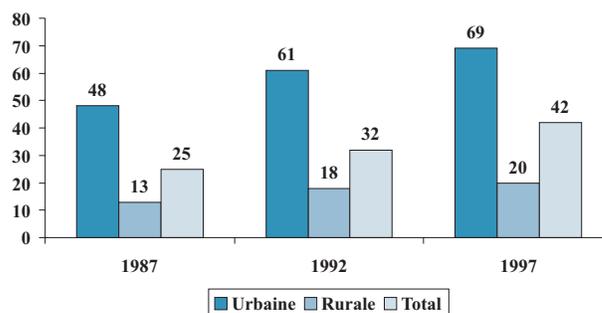
Avant 1987 et pendant plusieurs années, une attention insuffisante a dominée la scène internationale vis à vis des risques que rencontrent les femmes durant la grossesse ou l'accouchement. L'attention était dirigée beaucoup plus, en dehors de la planification familiale qui a aidé à améliorer la santé maternelle en réduisant l'indice synthétique de fécondité, vers la baisse de la mortalité infantile. Aucune initiative de réduction de la morbidité et la mortalité maternelle n'a été prise à son égard. Lorsque l'initiative de la maternité sans risques a démarré à l'échelle mondiale, en 1987, la réduction de la mortalité maternelle est devenue l'objectif essentiel du monde entier. Mais quand les actions maternelles sont devenues une priorité, les premières activités liées à la maternité sans risques étaient essentiellement le dépistage des grossesses à haut risques et leur référence vers des hôpitaux pour y accoucher plutôt d'élargir la couverture ou améliorer la qualité des soins obstétricaux.

A l'instar de plusieurs pays, le Maroc a suivi la même politique d'extension des soins de santé de base mais beaucoup plus axée vers la réduction de la mortalité infantile. Les décès infantiles étant bien plus fréquents que les décès maternels. On a pensé au départ que la santé infantile revêtait une plus grande urgence que la santé maternelle. Les consultations prénatales étaient encouragées essentiellement comme moyen de réduire la mortalité infantile. Depuis

Ratios de la mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes, dans le temps



Femmes en âge de procréer recevant des soins prénatals, dans le temps

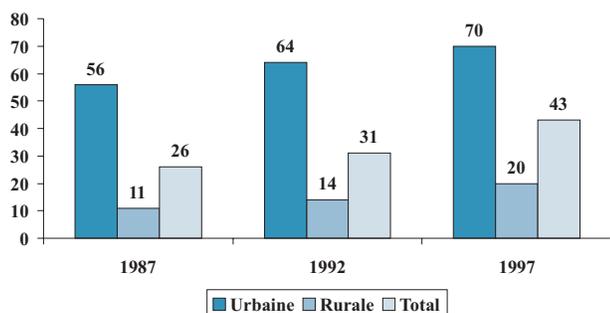


des années 60 jusqu'aux années 90, le MS a cherché à développer beaucoup plus les soins prénatals, recevant un soutien de l'USAID et d'autres bailleurs de fonds. Toutefois, le Maroc ne bénéficiait pas en ce moment d'un solide appui international pour s'attaquer aux vrais problèmes maternels.

Pendant de nombreuses années, outre la planification familiale, les soins prénatals représentaient la composante essentielle des programmes de soins maternels au Maroc. On note de modestes accroissements au fil du temps dans le nombre de structures d'accouchement. Les soins prénatals et les structures d'accouchement existaient au niveau les plus fondamentaux du système de soins de santé. Toutefois, dans les zones rurales, l'accessibilité restait limitée et les femmes enceintes faisaient souvent appel à une accoucheuse traditionnelle ou à une infirmière comme premier recours, personnes qui n'étaient pas toujours qualifiées pour prendre en charge les complications de la grossesse ou de l'accouchement.

Alors que le programme VDMS élargissait son champ d'action, il a également permis d'étendre la couverture prénatale dans certaines régions, encourageant davantage de contacts entre les prestataires de soins de santé et la population. Toutefois, les services dispensés dans le cadre du programme se limitaient au dépistage de base. Le pourcentage de femmes qui se rendaient aux consultations prénatals a augmenté dans les zones urbaines, mais il restait relativement faible dans les zones rurales.

Pourcentage des accouchements en milieu surveillé, dans le temps



Le MS a toujours encouragé les accouchements en milieu surveillé. Cependant un grand nombre de femmes continuent à accoucher à domicile. Les femmes du milieu urbain ont un meilleur accès aux soins obstétricaux adéquats par rapport aux femmes du milieu rural. Face à cette situation, le MS a fait construire plusieurs maisons d'accouchement pour améliorer les conditions entourant l'accouchement dans certaines zones rurales. Dans des régions encore plus éloignées du réseau sanitaire, on a essayé l'approche axée sur la sensibilisation des accoucheuses traditionnelles, mais les résultats n'étaient pas concluants. Au départ, il semblait utile d'impliquer les accoucheuses traditionnelles dans le système de santé pour la prise en charge des femmes enceintes mais, très vite, cela a soulevé de nombreux problèmes: le faible niveau de compétences de ces accoucheuses traditionnelles, le manque de transport pour les femmes ayant des accouchements difficiles, l'équipement inadéquat et les compétences insuffisantes des maisons d'accouchement au niveau local, même quand les femmes y étaient envoyées par les accoucheuses traditionnelles.

Bénéficiant d'un soutien du FNUAP et de l'USAID, le MS a réformé la formation professionnelle des sages-femmes au Maroc depuis les années 90 afin d'augmenter le nombre de sages-femmes qualifiées, cherchant ainsi à combler le manque de personnel qualifié. Résultat : le nombre de sages-femmes agréées au Maroc a augmenté, passant de 200 en 1990 à 800 en 2000.

RÉDUIRE LA MORTALITÉ MATERNELLE: RÉDUIRE LES TROIS DÉLAIS

Au début des années 90, les stratégies de la maternité sans risques ont connu une évolution internationale

importante. En effet, on pensait de plus en plus que la prise en charge des risques liés à la grossesse, essentiellement par le biais des soins prénatals, n'était pas un moyen efficace en terme de réduction de la mortalité maternelle. Malgré de considérables efforts faits dans le monde entier pour perfectionner le dépistage des grossesses à risque et le système d'orientation-recours des naissances à hauts risques, une grande proportion de femmes présentent de graves complications obstétricales durant l'accouchement et pourtant elles n'avaient pas auparavant de facteurs-risques détectables. Si l'on voulait réduire nettement la mortalité maternelle, il fallait donc combiner les soins prénatals à une meilleure prise en charge des accouchements en se concentrant sur le traitement des urgences obstétricales. Les représentants officiels au Maroc ont adopté cette approche avec enthousiasme.

En 1995, l'USAID et le MS ont convenu de mettre en œuvre un projet pilote basé sur les soins obstétricaux d'urgence dans deux régions du Maroc: Fès-Boulemane et Taza-Al Hoceima-Taounate. Dans ces régions, l'USAID a financé la remise en état et l'équipement de maisons d'accouchement et des maternités dans les hôpitaux du MS afin de leur permettre de dispenser des soins obstétricaux d'urgence de qualité. Des normes et standards ont été mis au point et des guides techniques ont été rédigés pour améliorer la prise en charge complications obstétricales. Plusieurs activités de formation du personnel de santé, basées sur les soins obstétricaux d'urgences et les communications interpersonnelles, ont été développées. Un nouveau registre obstétrical a été mis au point pour un monitoring des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Le système d'information a été revu également.

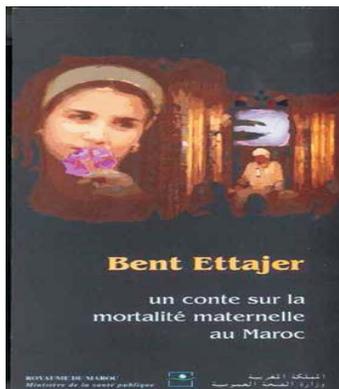
L'approche pilote des soins obstétricaux d'urgence reposait sur le concept des trois délais qui sont le plus souvent à l'origine des décès maternels:

- Le délais de décision d'aller consulter les services de santé pour une complication liée à la grossesse ou à l'accouchement.
- Le délais pour se rendre à la formation sanitaire appropriée pour le traitement.
- Le délais pour traiter l'urgence une fois arrivée à l'établissement.

COMMUNIQUER LA MATERNITÉ SANS RISQUES

Le concept des trois délais mettait en exergue l'importance de sensibiliser et de changer le comportement des familles ainsi que des professionnels des soins de santé. La stratégie de communication qui accompagnait le projet pilote accordait une importance considérable à la réduction de ces délais.

Les femmes et leur familles ont été sensibilisées à reconnaître le risque du décès maternel et à chercher des soins auprès des services médicaux grâce à un film réalisé dans le cadre du projet pilote, « La fille du marchand, » également connu sous le nom « Aide-toi, Dieu t'aidera, » qui reflète un proverbe arabe bien connu.



Ce film montrait qu'il fallait réagir de manière plus urgente aux problèmes de la grossesse et de l'accouchement. En effet, pour un grand nombre de femmes marocaines, la grossesse est un phénomène naturel qui n'exige pas de soins spéciaux. Des signes comme les œdèmes et les saignements pendant les grossesses ne préoccupent pas particulièrement les femmes ou les membres de leur famille. Le décès lors de l'accouchement est souvent vu comme une fatalité que l'on ne saurait éviter et est même honoré, « une femme qui meurt en couches va directement au paradis. »

La stratégie de communication mise au point dans le cadre de cette initiative a également permis de sensibiliser les décideurs sur les problématiques de la mortalité maternelle au Maroc. Une vidéo a été

réalisée qui raconte de manière poignante le décès d'une femme lors de l'accouchement. Le titre est bien évocateur : « La maison est devenue vide, » montrant combien une famille peut être détruite après le décès de la mère.



ÉTENDRE LA STRATÉGIE BASÉE SUR LA NOTION DES TROIS DÉLAIS À L'ÉCHELLE NATIONALE

La stratégie des soins obstétricaux d'urgence mise au point dans le cadre du projet pilote MS/USAID exigeait d'importants investissements techniques et financiers. Dans le cadre de ce schéma pilote, pour deux des 16 régions du Maroc, on a équipé sept hôpitaux pour qu'ils puissent fournir des soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC), ainsi que 52 centres de soins de santé ont été équipés pour dispenser des soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB). La première évaluation du projet pilote a montré que les conditions avaient été améliorées pour la prise en charge des parturientes.

Actuellement, les représentants officiels de la santé au Maroc sont engagés dans un effort de grande envergure pour étendre à l'échelle nationale cette approche vivement soutenue par d'autres pouvoirs nationaux. Convaincus par les résultats du projet pilote, divers bailleurs de fonds dont le FNUAP, la Fondation Gates, l'Union Européenne, l'Assistance Belge, la GTZ, la JICA, l'UNICEF, l'OMS et des

ONG espagnoles se sont alliés à l'USAID pour soutenir le programme de la maternité sans risques du MS dans d'autres régions du pays. Vu le solide engagement du Gouvernement Marocain, la mobilisation de partenaires multiples et la solide volonté nationale de réduire les décès maternels, tout semble indiquer qu'on va vers la réussite.

VI. LA LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA

UN PROBLÈME DIFFICILE À TRAITER AU MAROC

Les diverses expressions locales qui se réfèrent à la syphilis et aux écoulements urétraux montrent que les infections sexuellement transmissibles (IST) sont bien connues au Maroc. Toutefois, ces infections ne sont pas reconnues ouvertement comme imputables à la transmission sexuelle. Par exemple, dans les dialectes marocains, la syphilis est souvent appelée « les fleurs », « nomar » et les écoulements urétraux « le froid. » « Lbad ». Considérées et vécues comme des maladies honteuses et humiliantes sur le plan social, les IST ne sont pas discutées en public au Maroc. Dans le système sanitaire public, le dépistage de la syphilis a été réalisé pendant de nombreuses années avec notification de cas par le biais des rapports périodiques, sans critères précis de diagnostic.

Pendant de nombreuses années, les hommes qui souffraient de symptômes d'IST (les symptômes sont plus spécifiques chez les hommes que chez les femmes) tendaient à éviter les centres publics et se rendaient directement dans les pharmacies pour recevoir un traitement ou, dans une moindre mesure, consultaient des médecins privés. D'après les estimations, 50% des cas d'IST étaient traités dans le secteur privé. Dans le secteur public, ces maladies sont généralement dépistées chez les femmes lors de consultations curatives de soins maternels ou de PF. Jusqu'en 1994, la prise en charge des IST n'était pas standardisée, les médicaments n'étaient pas toujours disponibles et les récidives étaient fréquentes.

Le virus du SIDA type 1 et 2 était identifié en 1982. C'est uniquement quatre ans plus tard que le premier

IST ET VIH/SIDA AU MAROC

- 400 000 cas d'IST par an d'après les estimations
- 8 000 personnes séropositives, d'après les estimations
- 780 cas cumulatifs du SIDA en 2000

Source: MS, 2000.

cas a été dépisté au Maroc, un homme qui avait été contaminé par une transfusion sanguine suivant une intervention chirurgicale en France.

APPROCHE SYNDROMIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DES CAS D'IST

Face à la progression du SIDA et au regard des résultats obtenus par les études épidémiologiques en Tanzanie qui ont confirmé un solide lien entre les IST non traitées et le risque de contracter l'infection par le VIH-SIDA, les représentants officiels du MS ont décidé de renforcer la prise en charge des IST. Au Maroc, l'épidémie du VIH/SIDA en est encore à l'étape initiale (avec de faibles niveaux de séroprévalence du VIH) et les niveaux des IST bactériennes qui peuvent être guéries sont plus élevés que ceux des IST virales. En 1994, les IST et le VIH/SIDA étaient discutés en public pour la première fois et le MS a décidé d'introduire la prise en charge syndromique des IST avec l'assistance technique de l'USAID.

Trois études importantes ont été effectuées par le MS et l'USAID : la première en vue de valider et d'adapter les algorithmes OMS pour la prise en charge syndromique des IST au profil épidémiologique marocain ; la seconde pour déterminer le contexte culturel et adapter les termes utilisés dans les séances de conseils et la troisième pour évaluer la qualité de la prise en charge des IST dans les structures du MS avant l'introduction de l'approche syndromique. Le MS a implanté au niveau de tous les foyers, la nouvelle approche entre 1998 et 2000 grâce au modèle de coordination entre plusieurs partenaires, l'Union Européenne, l'OMS, FNUAP, du PNUD, ainsi que de l'USAID.

L'adoption du dépistage et du traitement syndromique des IST au Maroc a entièrement changé la manière dont les agents de santé percevaient et prenaient en charge les IST. Premier avantage de cette nouvelle manière de faire face aux infections sexuellement transmissibles, les patients pouvaient être traités au premier contact dans des structures sanitaires de base, et pas uniquement dans des services spécialisés.

Dans les centres de santé polyvalents, le personnel sanitaire a appris à parler plus aisément des IST, levant les barrières à une discussion franche. L'approche syndromique se fonde sur un arbre de décisions ainsi que l'utilisation de facteurs de risque des symptômes. Venant accompagner l'introduction de la nouvelle approche, une formation en traitement clinique et counseling a été dispensée au personnel sanitaire pour assurer des services de qualité. Et un matériel de référence guide et dépliants a également été distribué au personnel.

L'analyse des symptômes, conjuguée à l'évaluation du risque de contracter des IST, permet d'établir un diagnostic et de prescrire un traitement en fonction des syndromes plutôt que du pathogène. Les tests de laboratoire qui sont très chers ne sont pas employés; le traitement est démarré immédiatement, ce qui réduit la possibilité de transmission secondaire et de complications des infections non traitées. Cette approche a nettement amélioré le dépistage et la prise en charge des IST au Maroc, bien que l'on se préoccupe encore du problème des faux positifs particulièrement chez la femme, des problèmes sociaux ainsi que des surcoûts.

De nos jours, la majorité des agents de santé ont reçu une formation portant sur l'approche syndromique et des évaluations fréquentes sont organisées pour qu'ils puissent partager leurs expériences et maintenir cette nouvelle dynamique. Les évaluations indiquent que les patients présentant ces infections sont mieux reçus par les agents de santé et mieux informés, et que ces derniers sont plus à l'aise de parler de ces maladies soi-disant «honteuses.» Pour le traitement des IST en utilisant l'approche syndromique, le MS a assuré que les médicaments nécessaires soient disponibles dans les structures sanitaires en inscrivant un budget spécifique pour leur achat. Par ailleurs, les laboratoires pharmaceutiques avaient répondu à ce programme en mettant à la disposition de la population les médicaments nécessaires à une présentation coût abordable.

Ce système a également permis d'améliorer la notification des cas, avec l'utilisation de critères uniformisés par tous les agents de santé. Un système de suivi épidémiologique permet de suivre les tendances au niveau des IST. Parallèlement, avec le soutien de l'USAID, on a renforcé la capacité des

laboratoires en ce qui concerne le diagnostic des IST (pour les échecs et les études épidémiologiques) dans les structures sanitaires aux niveaux provincial et national. Un laboratoire de référence des IST a été créé à l'Institut National de l'Hygiène.

La collaboration entre le Programme National de Lutte contre les IST/SIDA et les bailleurs de fonds au Maroc en vue d'introduire ce programme revêtait un caractère exceptionnel. L'USAID fournissait essentiellement le soutien technique pour cette approche et les responsables du programme ont pu mobiliser un soutien diversifié de la part de groupes locaux et internationaux. Cela a permis d'augmenter le financement et d'adopter l'approche syndromique sur l'ensemble du pays à un coût nettement moindre que prévu au départ. Des réunions régulières étaient organisées entre les partenaires et le MS pour suivre le programme et planifier les futures activités. Cette étroite collaboration a conféré constance et uniformité à des activités qui, autrement, auraient varié d'une province à l'autre suivant le bailleur de fonds.

UNE DISCUSSION PLUS OUVERTE DES QUESTIONS LIÉES AUX IST/SIDA AU MAROC

Le travail exécuté par les équipes du MS en vue d'améliorer le traitement des IST a permis au personnel sanitaire de reconnaître qu'un trop grand nombre de Marocains, surtout des jeunes, ne savent toujours pas qu'ils sont vulnérables au risque de contracter le SIDA. Il est difficile de parler de la sexualité et du multipartenariat dans un pays musulman où les relations extra-conjugales sont interdites. Aussi, les stratégies d'information et d'éducation mises au point par le MS ont-elles utilisé des slogans indirects tels que « Protégez-vous contre le SIDA » et « Renseignez-vous sur le SIDA. »

La volonté du personnel du MS d'entamer une discussion plus franche avec différents groupes a été renforcée par l'intervention d'organisations non gouvernementales (ONG) intervenant activement dans ce domaine. L'USAID a soutenu le renforcement des capacités chez des ONG au Maroc pour traiter de questions délicates, telles que les IST et le VIH/SIDA. Les ONG ont une plus grande marge de manœuvre pour traiter de questions délicates du fait d'un travail de proximité qui permet d'aborder ces thèmes avec une plus grande ouverture

Dates importantes de la prise en charge des IST et du VIH/SIDA au Maroc

- 1986 Premier cas de SIDA au Maroc
- 1987 Création du Comité National de Lutte contre le SIDA
- 1988 Création du Programme National de Lutte contre les IST/SIDA au sein de la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies
Célébration de la première Journée Nationale du SIDA au Maroc
Création d'un système de suivi de la déclaration des cas de SIDA
- 1990 Institutionnalisation du dépistage du VIH parmi les donneurs de sang
- 1993 Création d'un système de suivi de l'infection par le VIH
- 1995 Démarrage d'études pour adapter la prise en charge syndromique des IST au Maroc
- 1997 Enquête PAPCHILD auprès des ménages incluant des questions sur les IST et le VIH/SIDA
- 1998 Elaboration de la stratégie nationale de diagnostic et prise en charge de VIH/SIDA Diffusion d'une circulaire ministérielle
- 2000 Approche syndromique pour le traitement des IST utilisée dans toutes les provinces

et transparence. Suite à la gestion décentralisée des services de santé, le MS, avec l'appui de l'USAID, est en train de créer des comités régionaux pour mettre en place des interventions appropriées au niveau local en vue de réduire le risque de transmission des IST et du VIH/SIDA, surtout parmi les sous-groupes plus vulnérables de la population.

La collaboration entre l'Association de Lutte contre le SIDA (ALCS), et le MS a servi de modèle à la relation entre le MS et les ONG en général. Les interventions ont été complémentaires : les ONG se concentrent sur les activités de prévention et le MS est chargé du traitement des patients. Par exemple, l'ALCS offre ses structures et médecins volontaires pour créer des centres de diagnostic gratuits et anonymes et le MS fournit les produits de dépistage et les médicaments. Actuellement, il existe sept centres de diagnostic élargissant ainsi l'accès à ces services et fournissant d'autres créneaux pour les conseils de prévention.

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE VIH/SIDA

L'USAID n'a pas soutenu directement cette composante du programme de santé de la reproduction au Maroc, mais le MS a travaillé avec diverses organisations non gouvernementales pour offrir un traitement aux personnes atteintes de SIDA au Maroc. La première phase consistait à traiter les infections opportunistes. L'AZT a été utilisé de 1992 à 1995, mais son utilisation seule a été arrêtée en 1995 à cause de la résistance à la mono-thérapie. La tri-

thérapie a été introduite en 1998 pour les patients symptomatiques du SIDA, financée par trois sources: le MS qui a octroyé 335 000\$, le Fonds Français de Solidarité Thérapeutique Internationale (FSTI) et un soutien limité de sociétés d'assurance nationales. En 2000, ce programme apportait un traitement gratuit à 113 personnes, mais 150 en plus figuraient sur une liste d'attente car les ressources ne suffisaient pas pour couvrir leurs coûts.

Certes, le MS ne disposait pas jusqu'à présent (en 2000) des ressources nécessaires pour offrir la trithérapie à toutes les personnes infectées, mais il a établi des mécanismes organisationnels de prise en charge des cas, les critères d'éligibilité au traitement ainsi que les éléments techniques pour la prise en charge. Il existe deux centres de référence (« pôles d'excellences ») pour la prestation et le suivi du traitement de SIDA : à Rabat pour les provinces au Nord et à Casablanca pour les provinces du Sud. L'approvisionnement des malades et leur suivi est assuré dans les centres régionaux (« centres référents»). Au vu des difficultés déjà rencontrées pour traiter les patients, le MS et ALCS ont participé à une étude d'évaluation avec l'ONUSIDA concernant la faisabilité de la tri-thérapie dans le contexte des pays en développement. Les résultats préliminaires étaient présentés à la 13^e Conférence du SIDA à Durban.

Depuis, le Maroc a franchi de grandes étapes en matière d'accessibilité aux traitements antiretroviraux. Les coûts des antiretroviraux ont été

considérablement réduits après l'inclusion du Maroc dans l'initiative « access » de l'ONUSIDA. Et la proposition du Maroc au Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme prévoit, un budget complémentaire pour la prise en charge de tous les malades du SIDA éligibles au traitement.

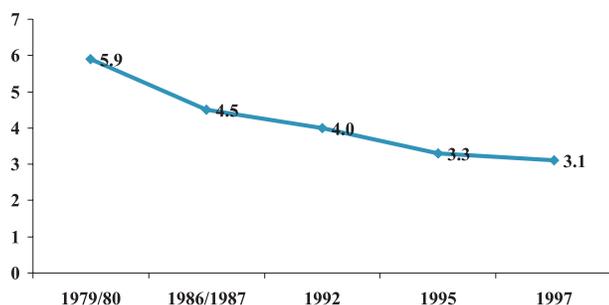
VII. COLLABORATION ENTRE L'USAID ET LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ MAROCAIN: RÉSULTATS CLÉS

Cette section met en exergue les principaux accomplissements dans les quatre domaines sanitaires concernés pendant les 30 années du soutien de l'USAID au MS marocain. La plupart des données proviennent de six enquêtes représentatives à l'échelle nationale, réalisées en 1979/1980, 1983/1984, 1987, 1992, 1995 et 1997. Les enquêtes nationales de 1988 et de 1998 sur « Les causes et circonstances des décès infantiles et juvéniles » sont au titre des autres sources de données.

PLANIFICATION FAMILIALE

L'indice synthétique de fécondité (ISF) a nettement diminué au fil du temps, passant de 5,9 enfants en 1979/1980 à 3,1 enfants en 1997.

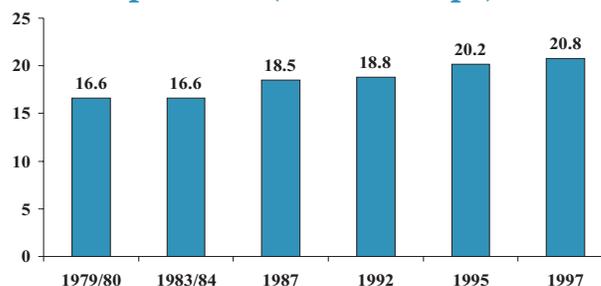
Evolution de l'indice synthétique de fécondité parmi les femmes en âge de procréer, (dans le temps)



Il est important de reconnaître que des facteurs autres que le programme national de planification familiale, par exemple, l'âge médian au premier mariage, ont également contribué à cette baisse. L'âge médian des femmes au mariage a augmenté, passant de 16,6 ans en 1979/1980 à 20,8 ans en 1997.

L'augmentation régulière de la prévalence contraceptive au niveau national est la meilleure mesure de la réussite de la planification familiale au Maroc : la prévalence est passée de 19% en 1979/1980 à 59% en 1997. Ce niveau de prévalence place le Maroc dans la catégorie des « réussites remarquables de la planification familiale, » bien que les meilleures réussites dans le monde aient à présent atteint des niveaux de prévalence proches de 70% ou

Evolution de l'âge médian au premier mariage chez les femmes en âge de procréer, (dans le temps)



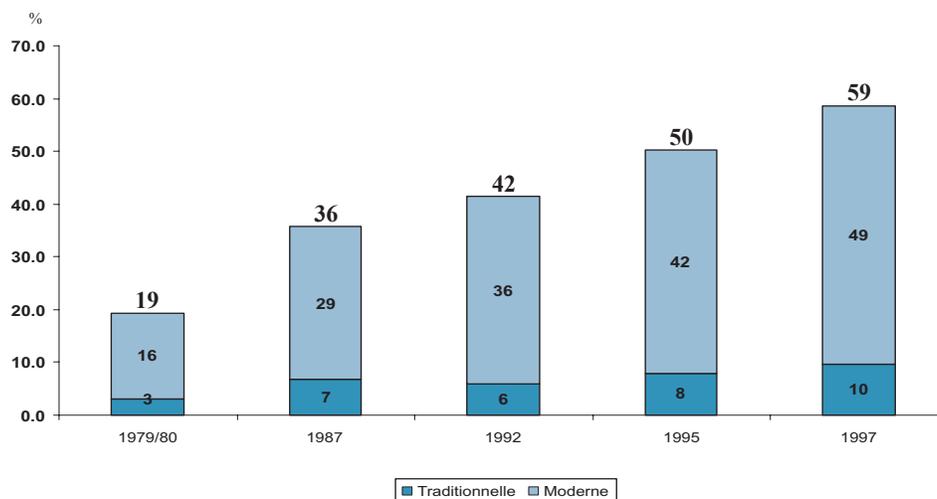
légèrement supérieurs à 70%.

La plupart des utilisateurs (58%-63%), selon les cinq dernières enquêtes nationales, ont obtenu leurs méthodes contraceptives dans le secteur public, dont les centres de santé, les centres de Référence, les unités mobiles, les visites à domicile (VDMS), les hôpitaux et les services de maternité. Ce pourcentage est resté relativement constant dans le temps (si l'on suppose que les 20% « Autres » en 1987 sont dus à un biais méthodologique). Parmi ceux utilisant les services du secteur privé, le pourcentage obtenant leur méthode auprès des pharmaciens a augmenté, passant de 9% en 1987 à 31% en 1992, et a continué à croître par la suite, reflétant le rôle du marketing social.

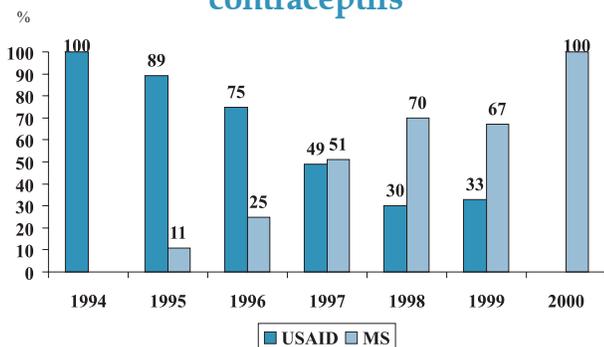
La structure de la prévalence contraceptive est restée relativement constante ces 20 dernières années. Lors de chaque enquête nationale, la pilule dominait l'ensemble de méthodes, représentant plus de 60% de l'ensemble de l'utilisation lors de chaque enquête. Les méthodes traditionnelles se placent au second rang (variant dans une fourchette de 14%-19%), suivies par le DIU et la stérilisation féminine. On note de faibles niveaux d'utilisation pour les autres méthodes au Maroc.

L'USAID était responsable jusqu'en 1995 des achats de contraceptifs qui (et les contraceptifs) représentaient une composante importante de tous les projets de l'USAID jusqu'à cette date. Le soutien de l'USAID se terminant, l'USAID et le MS ont

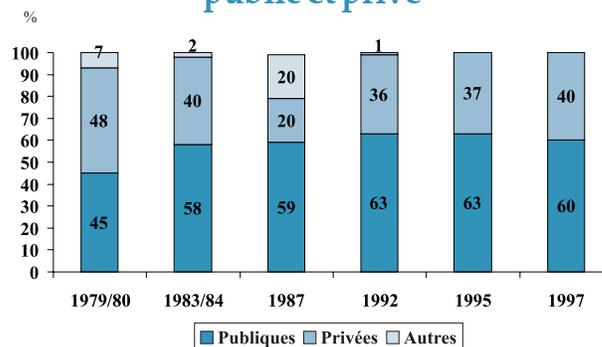
Evolution de la prévalence de la contraception chez les femmes en âge de procréer



Transfert progressif des achats de contraceptifs



Source d'approvisionnement des méthodes modernes parmi les femmes utilisant une méthode selon les secteurs public et privé



Evolution de la structure de la prévalence contraceptive parmi les femmes utilisant une méthode (pourcentage)

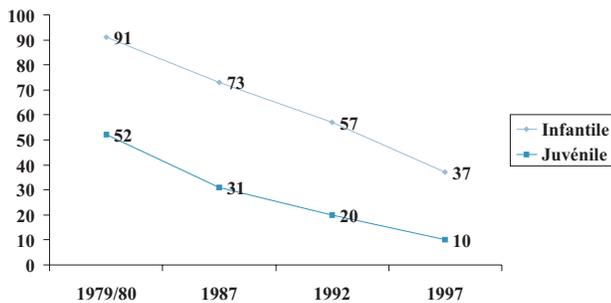
Méthode	1979/80	1983/84	1987	1992	1995	1997
Pilule	71	66	64	68	64	66
DIU	8	10	8	8	8	9
Stérilisation	4	6	6	7	8	5
Autres méthodes modernes	1	1	3	3	4	4
Méthodes traditionnelles	16	17	19	14	16	16

formulé des plans pour l'acquisition de contraceptifs uniquement sur le budget du MS. Ces plans spécifient la quantité devant être contribué par chaque partenaire. Le transfert progressif des achats de contraceptifs se déroule comme prévu. En l'an 2000, 100% de tous les achats de contraceptifs dans le secteur public ont été effectués par le MS et la prévision des besoins est projetée jusqu'à l'an 2004.

SANTÉ INFANTILE

Grâce aux mesures et activités du MS, avec le soutien de l'USAID et d'autres bailleurs de fonds, le taux de mortalité infantile (TMI) a nettement reculé ces dernières décennies, passant de 91 décès pour 1000 naissances vivantes en 1979/1980 à 37 pour 1000 naissances vivantes en 1997. La mortalité chez les enfants de moins de cinq ans a également baissé, passant de 52 décès pour 1000 naissances vivantes en 1979/1980 à 10 pour 1000 naissances vivantes en 1997.

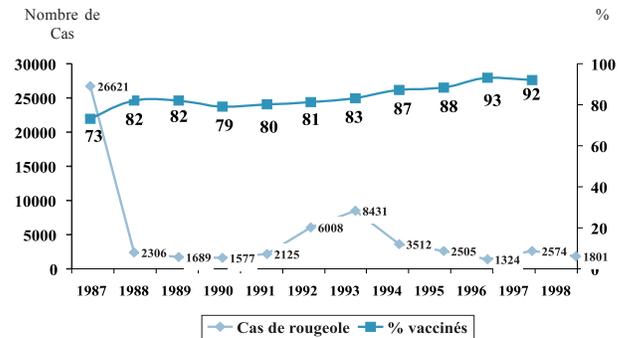
Evolution de la mortalité infantile et juvénile pour 1000 naissances vivantes



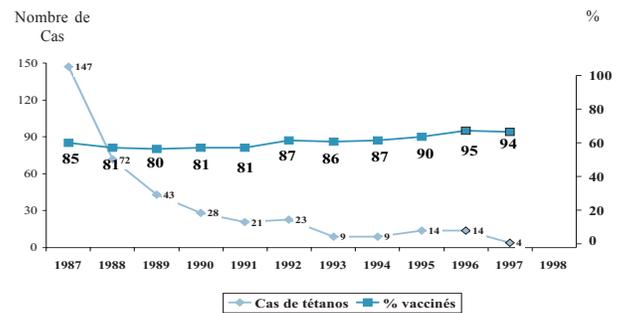
L'analyse de deux autres enquêtes nationales sur «*Les causes et circonstances des décès infanto juvéniles*» réalisées en 1988 et en 1998 indique un net recul de la mortalité infantile en général. Ce recul est essentiellement dû à la réussite du programme national de vaccinations. En effet, l'un des grands résultats des deux enquêtes faites en 1988 et en 1998 concerne la baisse prononcée du nombre de maladies pouvant être évitées par vaccin : une réduction de 86% aux niveaux de la rougeole et de la coqueluche, devenues des causes rares de décès et une réduction de 90% du tétanos néonatal, attestant de l'efficacité du programme de vaccinations.

La couverture totale de vaccinations pour les enfants de 0 à 24 mois s'est élargie, passant de 54% en 1987

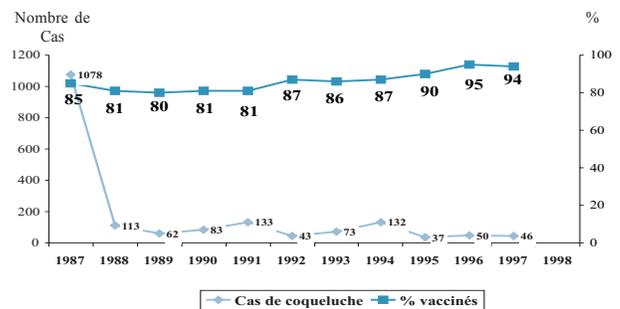
Evolution des cas de rougeole



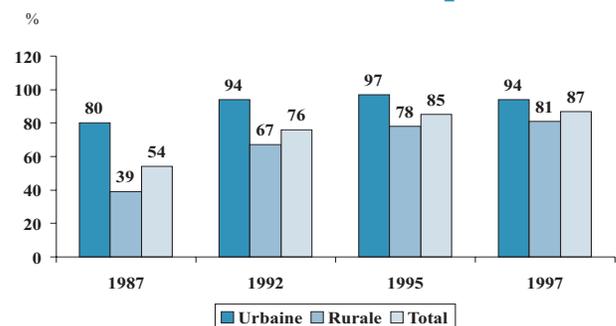
Evolution des cas de tétanos néonatal



Evolution des cas de coqueluche



Enfants entièrement vaccinés à l'âge de 24 mois, dans le temps



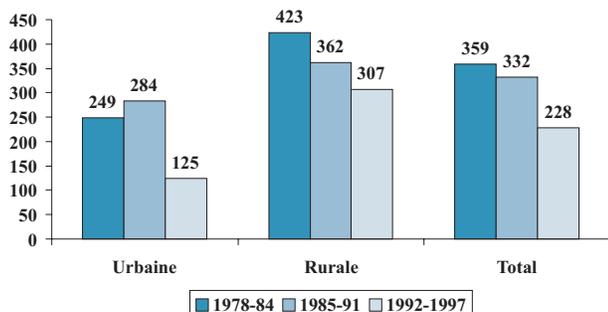
à 87% en 1997. Toutefois, malgré ces avancées impressionnantes, les taux de vaccinations dans les zones rurales restent nettement plus faibles que les taux urbains. En effet, si 94% des enfants âgés de 12 à 23 mois étaient entièrement vaccinés dans les zones urbaines en 1997, 81% seulement étaient entièrement vaccinés dans les zones rurales. Les facteurs expliquant ces faibles taux de couverture rurale sont probablement liés à des stratégies mobiles inefficaces, aux problèmes de la logistique de la chaîne de froid, à une supervision insuffisante et au manque de formation continue du personnel de santé, ainsi qu'aux faibles niveaux de participation communautaire.

MATERNITÉ SANS RISQUES

Des quatre domaines dont traite le présent rapport, ce sont les résultats de la maternité sans risques qui sont de loin les plus difficiles à mesurer. Souvent, les décès maternels sont sous-notifiés car les femmes meurent à l'extérieur du système de santé, faisant qu'il est difficile d'enregistrer exactement les décès. Et surtout, le nombre réel de décès dans un lieu donné en un temps donné est relativement petit. Aussi, les méthodes utilisées pour calculer les décès maternels sont souvent compliquées et chères car il faut réaliser des enquêtes à grande échelle pour obtenir des estimations précises. De plus, les décès maternels sont souvent mal classifiés. Les agents de santé ne savent pas toujours les raisons de décès d'une femme ou si elle était récemment enceinte.

Au vu de la difficulté à obtenir des mesures exactes sur la mortalité maternelle, les responsables des évaluations collectent souvent des données concernant deux facteurs se rapportant au dénouement obstétrical : proportion des naissances avec assistance de prestataires qualifiés et naissances

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes dans le temps, par résidence

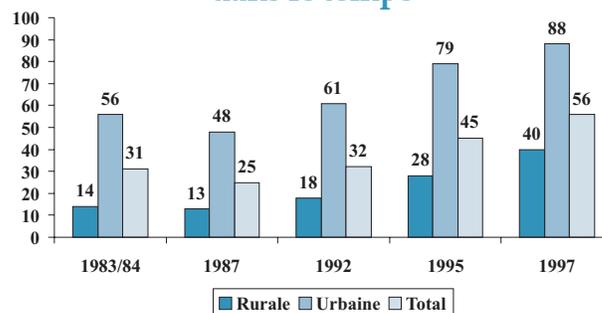


qui ont lieu dans une structure médicale. D'autres indicateurs sur la disponibilité et l'utilisation des services obstétricaux essentiels sont également utilisés.

Au Maroc, les données provenant d'enquêtes faites auprès de la population dégagent des informations sur les soins de santé maternelle des 20 dernières années, commençant par la mortalité maternelle. Exception faite des taux de mortalité maternelle dans les zones urbaines de 1985 à 1991, la mortalité maternelle a diminué ces 20 dernières années. Toutefois, les taux de mortalité maternelle au Maroc restent élevés pour un pays de ce niveau de développement, représentant encore plus de 200 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Certes, les taux de mortalité, tant dans les zones urbaines que rurales, ont nettement diminué au Maroc sur une période de 20 ans, mais le taux de mortalité rurale reste encore le double du taux urbain, signifiant qu'il reste bien du chemin à parcourir pour élargir l'accès et promouvoir des services de santé maternelle dans des contextes ruraux. Des projets tels que les Soins Obstétricaux d'Urgence du MS, financés par l'USAID, devaient élargir l'accès aux soins obstétricaux essentiels dans des zones de mortalité maternelle élevée et, partant, diminuer la mortalité maternelle. Toutefois, il est trop tôt pour mesurer leur impact.

Pourcentage de femmes qui ont reçu des soins prénatals, par milieu de résidence, dans le temps



L'enquête la plus récente, réalisée en 1997, indique une hausse continue du pourcentage de femmes recevant des soins prénatals et du pourcentage des naissances avec assistance de personnel qualifié. En effet, le pourcentage de femmes enceintes recevant au moins une consultation prénatale a augmenté, passant de 31% en 1983/1984 à 56% en 1997. Les

femmes urbaines étaient presque deux fois aussi susceptibles que les femmes rurales de recevoir des soins prénatals ; et ce résultat est resté relativement constant pour les cinq enquêtes en fournissant les données.

Le pourcentage de naissances avec l'assistance d'un prestataire qualifié a augmenté constamment, passant de 20% en 1979/1980 à 40% en 1995. Le ratio entre médecins et infirmières et sages-femmes à l'accouchement est resté relativement constant sur la période de 20 ans, se situant dans la fourchette de 1 à 4 ou de 1 à 5. Le pourcentage de naissances avec assistance d'une accoucheuse traditionnelle a diminué progressivement, passant de 75% en 1979/1980 à 41% en 1995.

Pourcentage de naissances par type d'assistance, dans le temps

Type d'assistance	1979/80	1983/84	1987	1992	1995
AT	75	53	58	48	41
Sage-femme/infirmière	17	19	20	25	29
Ami/famille	5	19	n/a	20	18
Médecin	3	5	6	6	11
Autres	1*	4	15*	2*	1

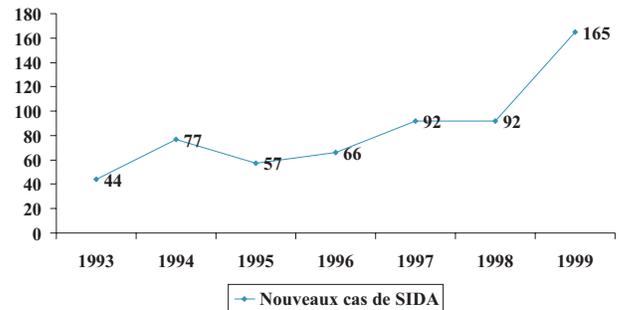
*% n'est pas égal à 100

Il est difficile d'attribuer ces améliorations aux interventions du programme de la maternité sans risques puisque les principales initiatives de ce programme n'ont démarré qu'en 1995/1996. Toutefois, les interventions doivent continuer et même accélérer ces tendances à l'avenir.

IST/VIH/SIDA

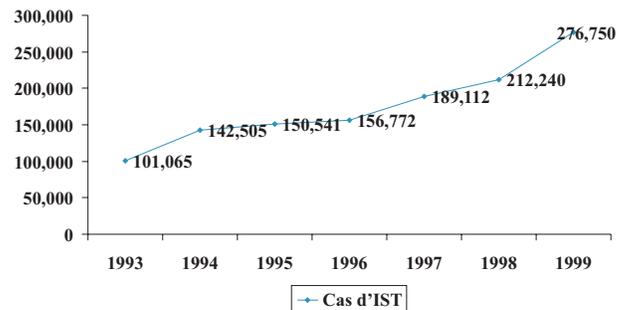
Le nombre de cas de SIDA notifiés récemment augmente mais reste relativement faible. Toutefois, d'après les estimations, en l'an 2000, plus de 2 000 Marocains seront nouvellement infectés par le VIH. La connaissance du SIDA a également augmenté au fil du temps, bien que la connaissance du VIH et des IST soit mesurée de manière peu fréquente au niveau de la population.

Nombre de nouveaux cas de SIDA dans le temps



Les cas dépistés d'IST ont également augmenté dans le temps, mais cela pourrait bien indiquer un accroissement au niveau de la quête de soins dans le secteur sanitaire public plutôt que de véritables augmentations en nombres absolus.

Nombre total de cas notifiés d'IST dans le temps



Les taux de syphilis chez les femmes enceintes sont un excellent indicateur de la prévalence des IST au sein de la population en général et les changements progressifs sont une bonne mesure de l'efficacité des interventions visant à enrayer la transmission des IST/VIH. Au Maroc, la syphilis chez les femmes enceintes a doublé de 1996 à 1998 (passant de 0,64% à 1,6%), mais semble relativement constante depuis 1998. L'approche syndromique n'a été introduite que récemment et il est trop tôt pour s'attendre à une réduction de la syphilis chez les femmes enceintes grâce à ce programme.

VIII. FACTEURS À L'ORIGINE DE LA RÉUSSITE DE LA COLLABORATION USAID/MS

Cette section met en exergue plusieurs facteurs qui expliquent la réussite de la collaboration USAID/MS ces 30 dernières années.

1. SOUTIEN DES HAUTES SPHÈRES POLITIQUES

L'introduction de la planification familiale était marquée par l'engagement des plus hautes sphères politiques du pays. En 1965, Feu Sa Majesté le Roi Hassan II a fait du contrôle de l'accroissement de la population une priorité et a renforcé sa position en abrogeant, en 1966, les lois obsolètes interdisant la vente et la distribution de contraceptifs. Leurs Majestés royales, la Princesse Lalla Meriem, présidente de l'Association Marocaine pour le soutien de l'UNICEF et la Princesse Lalla Fatima Zohra, présidente de l'Union Nationale des Femmes Marocaine, ont prêté un appui considérable aux questions de santé maternelle et infantile et ont présidé de nombreux événements. Les campagnes nationales de vaccinations et de planification familiale auxquelles les médias ont largement fait écho, ont déclenché une mobilisation sociale sur l'ensemble du pays.

2. FERME ENGAGEMENT DES REPRÉSENTANTS OFFICIELS DU MS, RENFORCÉ PAR LA FORMATION

Les différents responsables des programmes de santé de la reproduction, tant au niveau périphérique que central, ont fait preuve d'un dévouement constant et impressionnant à ces programmes. La formation des agents de santé revêtait une grande priorité tout au long de la collaboration entre le MS et l'USAID et les deux partenaires étaient convaincus de son importance. Les programmes de formation de base et de formation continue, les méthodologies pédagogiques et une série de séances de formation ont été mis au point et ont reçu un soutien technique et financier de haut niveau. Aussi, les différents programmes ont-ils mis en place des équipes multidisciplinaires compétentes, qui assument un rôle fondamental pour réaliser et maintenir les progrès du programme.

3. UNE COLLABORATION ÉTROITE ET CONSTRUCTIVE ENTRE LES DEUX PARTENAIRES

Une succession de représentants officiels du MS et de l'USAID ont travaillé en étroite collaboration pour améliorer la santé maternelle et infantile au Maroc. Les deux partenaires ont su travailler comme une équipe et ont réussi à adapter et à réajuster constamment les actions et mesures entreprises. La direction du programme a été adaptée au fil du temps alors que les activités devenaient plus complexes. La souplesse et la transparence qui ont caractérisé les relations entre les deux partenaires constituent un facteur primordial de la réussite des programmes. De cette étroite collaboration sont nées une bonne confiance et une solide amitié. Aussi, existe-t-il actuellement à l'USAID/Washington un groupe «d'Amis du Maroc » alors qu'au Maroc, les représentants officiels du MS encouragent des échanges fréquents à haut niveau et sont très désireux de continuer les contacts, qu'il existe ou non un financement ultérieur de l'USAID pour les programmes spécifiques.

4. FINANCEMENT ADÉQUAT DES PROGRAMMES

Grâce au soutien à haut niveau au sein du Maroc, à l'engagement des représentants officiels du MS et au soutien constant de l'USAID et d'autres bailleurs de fonds, les programmes essentiels de santé maternelle et infantile ont été bien financés tout au long de périodes très importantes de la croissance du programme. De 1971 à 2000, l'USAID a investi 126 millions \$ dans les programmes de santé maternelle et infantile. Grâce à ce soutien, les programmes nationaux de santé maternelle et infantile ont atteint une certaine maturité et une bonne vitesse de croisière qui leur permettront de venir à bout de difficultés intrinsèques lors de l'arrêt de l'assistance directe de l'USAID à ces programmes après 2004. Le Gouvernement Marocain a constamment pris et respecté ses engagements de financer les programmes de planification familiale et

autres programmes prioritaires, tel qu'on peut le voir tout notamment lors de la période de transition quand le gouvernement a assumé l'intégralité des coûts des contraceptifs et des vaccins pour le pays, aidé auparavant par des prêts de la Banque Mondiale. La disponibilité répandue et la distribution gratuite de contraceptifs sont une force du programme national de planification familiale.

5. INTÉGRATION COMPLÈTE DU PROGRAMME

Toute une gamme de services de santé maternelle et infantile est dispensée par les mêmes centres de santé et par le même personnel. Le Programme VDMS, mis en œuvre avec le soutien de l'USAID, était le précurseur de cette intégration permettant aux femmes vivant dans les zones reculées de bénéficier de diverses activités encourageant leur santé et la santé de leurs enfants. Les campagnes promotionnelles et d'information ont été organisées de sorte à couvrir plusieurs thèmes à la fois : planification familiale, maternité sans risques, allaitement maternel et, dans une moindre mesure, IST et VIH/SIDA. L'introduction ultérieure de l'approche syndromique pour la prise en charge des IST a encore renforcé l'intégration des services dans le système de soins de santé de base. Le modèle des soins intégrés s'est avéré hautement efficace et les représentants officiels marocains sont fiers d'avoir résisté à une approche plus verticale proposée auparavant par l'USAID.

6. INFORMATION DE HAUTE QUALITÉ

Les responsables du MS et de l'USAID ont constamment investi dans la production de données de qualité leur permettant de mesurer les progrès et de cerner les domaines exigeant des interventions particulières. L'Enquête Mondiale sur la Fécondité (1979-1980), l'Enquête sur la Prévalence de la Contraception (1983-1984), les Enquêtes Nationales sur la Population et la Santé (1987 et 1992), l'Enquête Panel sur la Population et de la Santé (1995) et l'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (PAPCHILD, 1997) ont toutes dégagé une information fiable sur les programmes. Les statistiques sanitaires de routine étaient également jugées une priorité afin d'apporter les informations sur l'utilisation des services. Grâce à la collaboration entre l'USAID et le MS, les responsables sanitaires

disposent à présent d'une base de données interactive informatisée des plus modernes. L'informatisation des services de santé a amélioré la communication au sein des structures centrales reliées en réseau avec les structures périphériques. La recherche qualitative a été réalisée pour mieux définir les populations cibles et déterminer leurs connaissances, attitudes et pratiques.

7. PARTENARIAT AVEC LE SECTEUR PRIVÉ

Au Maroc, le secteur public a démarré des programmes préventifs et ensuite, a engagé à ce niveau le secteur privé. Le partenariat avec le secteur privé a été encouragé par le biais des projets de l'USAID, en commençant avec le marketing social des condoms en 1988. Le marketing social des condoms a permis aux hommes d'être directement engagés dans la planification familiale: « la planification familiale est également la responsabilité de l'homme » et a permis à cette méthode d'être encouragée d'abord comme une méthode de contraception et par la suite, comme un moyen de prévenir les IST et le VIH/SIDA. La pilule a été lancée comme produit du marketing social en 1992 et les injectables et le DIU en 1997-1998. Pour les IST, le MS estime que la proportion des patients traités par le secteur privé représente jusqu'à 75% des cas. Aussi, des séances de formation ont-elles été organisées par le MS pour des praticiens du secteur privé afin de les faire participer au traitement syndromique correct des IST. L'industrie pharmaceutique a mis les antibiotiques concernés sur le marché à un prix abordable pour la population. Pour lutter contre les carences en micronutriments et dans le cadre d'un solide partenariat entre le MS et les sociétés alimentaires, du sel iodé est à présent vendu au Maroc et la fortification de farine avec du fer, de l'acide folique et des vitamines B sera introduite sous peu avec le soutien de l'USAID dans le cadre du projet MOST. Il est prévu également d'enrichir l'huile avec la vitamine A.

8. INTÉGRATION DES ÉLÉMENTS DU PROGRAMME AUX FACULTÉS DE MÉDECINE

Plusieurs partenariats importants pour le MS et les universités de Rabat et de Casablanca, avec le soutien de l'USAID, ont également contribué à la réussite à long terme des programmes de santé maternelle et

infantile. En ce qui concerne la planification familiale, non seulement le Centre National de la Formation en Reproduction Humaine, affilié à la Faculté de Médecine de Rabat, a apporté une formation technique en matière de méthodes cliniques, mais le MS a également collaboré avec les Facultés de Médecine de Rabat et de Casablanca pour revoir le programme de santé de la reproduction des Facultés de Médecine. S'agissant des soins obstétricaux, citons à ce propos une série d'accords de formation entre le corps enseignant de l'Université et le MS. La participation d'éminents professeurs à la formation de médecins privés en matière de traitement des IST/VIH/SIDA a permis de mieux faire accepter cette nouvelle approche. Sur le plan de la santé infantile, la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance a été introduite au programme de la Faculté de Médecine de Rabat et est en train d'être introduite à Casablanca. Par contre, l'approche syndromique pour le traitement des IST n'a pas encore été incluse à ces programmes.



IX. MESURES QUI ENCOURAGENT LA PÉRENNISATION DU PROGRAMME

La pérennisation de ces programmes, lorsque se terminera l'assistance de l'USAID en 2004, est source de vives préoccupations pour les deux partenaires. L'USAID collabore actuellement avec le MS pour assurer que le système des soins de santé continues à offrir des services essentiels avec une assistance externe moindre. Un plan de transition a été mis en place au début des années 90. Les deux partenaires ont convenu que l'USAID allait cesser progressivement le financement de composantes particulières et que le MS allait assumer la responsabilité financière de ces volets. Dans le cadre de la Phase V, la contribution du MS à ces dépenses est marquée comme un indicateur mesurant l'engagement du gouvernement en ce qui concerne la pérennisation des activités.

LE TRANSFERT PROGRESSIF DES ACHATS DE CONTRACEPTIFS

Jusqu'en 1994, tous les contraceptifs pour les besoins annuels du MS étaient achetés par l'USAID et ces achats représentaient un élément primordial des différents projets financés par l'USAID. Une stratégie a été mise au point ciblant l'autonomie financière des achats des contraceptifs au Maroc afin de préparer le terrain du retrait de l'USAID de ce secteur. Cette stratégie a été mise en oeuvre par le MS et l'USAID avec une aide considérable de différents organismes collaborateurs.

Un certain nombre d'études et d'outils ont été réalisés et formulés pour faciliter le transfert de ces obligations financières. S'agissant notamment de la préparation d'un document de plaidoyer permettant au MS de convaincre les représentants officiels du gouvernement d'octroyer des ressources suffisantes au programme de planification familiale ; de diverses études du marché des contraceptifs au Maroc, dont la segmentation éventuelle du marché, la création d'un système pour estimer les besoins contraceptifs et plusieurs importants ateliers à l'échelle nationale pour arriver à un consensus entre les décideurs quant à la nécessité de financer adéquatement les programmes de santé de la reproduction au Maroc. Comme

Elimination progressive du financement de l'USAID pour des dépenses particulières

1990-1995:	Réduction du financement de l'USAID pour le carburant et les pièces de rechange
1995:	Le MS commence à acheter les contraceptifs
1996:	Achat de 100% des vaccins et de 23% des contraceptifs par le MS
2000:	Achat de tous les contraceptifs par le MS

mesure importante de réduction des coûts grâce au plaidoyer, les taxes et droits de douane ont nettement été diminués sur les contraceptifs importés.

Le transfert de l'achat de contraceptifs au MS est effectué tel que prévu. Le MS a largement respecté ses engagements. En 2000, l'achat de contraceptifs était entièrement assumé par le MS. Des prévisions de l'approvisionnement sont faites jusqu'en 2004 et des dispositions financières sont en place, soutenues partiellement par un prêt de la Banque Mondiale jusqu'en 2001.

ENGAGER LE SECTEUR PRIVÉ DANS LES PROGRAMMES DE SANTÉ REPRODUCTIVE ET INFANTILE

Le Programme de Marketing Social a contribué à la pérennisation des activités de planification familiale et de santé infantile en diversifiant la source de financement de ces programmes. Le programme a également distribué des méthodes contraceptives de qualité et des SRO au public à un prix modéré. Aujourd'hui, 34% des contraceptifs et 13% des SRO sont obtenus dans le secteur privé. La disponibilité du sel iodé sur le marché marocain est un autre signe du partenariat réussi entre le MS et l'industrie alimentaire. La fortification de la farine avec du fer, de l'acide folique et de la vitamine B se fera dans un avenir proche et des études sont en cours pour enrichir l'huile avec de la vitamine A. Les médicaments pour le traitement des IST sont

disponibles sur le marché à des prix abordables. Le partenariat entre les secteurs privé et public revêt une importance de plus en plus grande pour la viabilité à long terme des programmes du MS et reçoit une information considérable et un appui notable, tant du MS que de l'USAID, dans le cadre de la phase actuelle de collaboration.

INITIATIVE D'INDÉPENDANCE VACCINALE

Une étude faite en 1999 sur les coûts et le financement du Programme National de Vaccinations financé par l'USAID mettait en exergue les différentes étapes du financement des vaccins:

- 1970-1989: Les principales composantes (vaccins, fournitures et chaîne de froid) étaient financées par des bailleurs de fonds, dont l'UNICEF, l'USAID et l'OMS. Le Rotary Club a également aidé à acheter des vaccins.
- 1990-1999: Le soutien des bailleurs de fonds a commencé à diminuer mais les achats du MS ont été faits en utilisant un prêt de la Banque Mondiale.

En 1993, le Maroc a commencé à participer à l'Initiative d'Indépendance Vaccinale, programme mis en place par l'UNICEF pour aider les pays à devenir autosuffisants au niveau de l'achat de vaccins. Ce mécanisme permet au MS d'acheter des vaccins par le biais du système de passation de marché de l'UNICEF en utilisant la devise locale. L'USAID a apporté une partie du capital initial à l'UNICEF afin de créer un fonds renouvelable pour l'achat des vaccins. Ce programme a simplifié l'achat des vaccins. Cette approche montre à l'évidence l'évolution du programme national de vaccinations vers l'autosuffisance. Les contributions des bailleurs de fonds ont changé, passant de l'achat direct de vaccins à la facilitation de l'achat et du financement.

X. LES DÉFIS À VENIR POUR LA SANTÉ REPRODUCTIVE ET INFANTILE AU MAROC

Cette section met en exergue certains défis que doit encore relever le MS alors qu'il continue à améliorer les programmes de planification familiale, de survie de l'enfant, de maternité sans risques et de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans les années à venir.

1. ELARGIR L'ACCÈS AUX SOINS DANS LES ZONES RURALES

L'accès limité aux soins de santé dans les zones rurales continue à être un défi pour le système de santé. En 1996, presque 31% des habitants des zones rurales vivaient à plus de 10 kilomètres d'un établissement de santé. La stratégie mobile était conçue pour fournir des services de base aux populations reculées et isolées mais elle ne s'est pas avérée efficace. S'agissant de l'accès aux hôpitaux, 25% seulement des lits occupés dans un hôpital public sont utilisés par des habitants des zones rurales. Selon une enquête récente sur la consommation des ménages, 45% du budget du Ministère de la Santé est utilisé par le cinquième le plus riche de ménages et 20% des ménages les plus pauvres reçoivent uniquement 7% des ressources. Autre indicateur de l'accès limité des populations rurales aux services clés: le nombre de pédiatres du secteur public à l'extérieur des hôpitaux a diminué, passant de 190 en 1994 à 135 en 1998. La disparité au niveau de l'accès aux soins de santé est montrée par les indicateurs de programme.

Disparités entre les milieux urbains et ruraux

Indicateur	Urbain	Rural
Pourcentage de femmes recevant des soins prénatals	88%	40%
Naissances dans un contexte contrôlé	70%	20%
Mortalité infantile	24 pour 1000 naissances vivantes	46 pour 1000 naissances vivantes

2. AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS ET RENFORCER L'UTILISATION DES SERVICES

La qualité des services était un souci constant des représentants officiels du MS et de l'USAID. Des efforts considérables ont été déployés dans le cadre des différents programmes pour traiter des questions de qualité : des normes standard ont été définies et adoptées pour les activités de planification familiale et de maternité sans risques, la PCIME et l'approche syndromique ont été introduites pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et des manuels de procédures ont été mis au point pour les infirmiers et les laboratoires. En 1992, le MS et l'USAID démarraient le projet « Gestion intégrale de la qualité » dans cinq provinces et, en 1999, le projet était étendu à sept provinces et 53 points de services. Pendant cette période, un nombre important d'agents de santé ont reçu une formation portant sur l'assurance de qualité.

Malgré ces efforts, les études ont montré à maintes reprises que les populations, tant urbaines que rurales, avaient une perception négative de la qualité des services de soins de santé. Les patients citent un mauvais service de client, le manque de médicaments et une communication inadéquate. Les médecins et les infirmiers sont souvent vus comme des personnes débordées de travail par le simple nombre de mères et d'enfants qui viennent en consultation. Malgré le volume élevé de formations en counseling et IEC organisées par tous les programmes, certains prestataires maintiennent une attitude traditionnelle face à leurs clients et l'approche hiérarchique qui caractérise les relations sociales dans tous les domaines de la vie marocaine imprègne encore le contact entre le prestataire de services et le patient.

Les campagnes promotionnelles organisées pour la planification familiale, les vaccinations et les maladies diarrhéiques ont amélioré la connaissance du public concernant la santé. Aujourd'hui, la population est en meilleure position pour demander ou même exiger des services de qualité. La sous-utilisation des services s'explique en partie par cette perception de mauvaise qualité. Si le MS veut véritablement per-

suader un plus grand nombre de femmes de choisir une méthode adéquate de planification familiale, de venir aux consultations prénatales, d'accoucher dans les établissements de santé et d'amener leurs enfants régulièrement aux soins postnatals, il faut continuer à améliorer la qualité des services, tant perçue qu'effective.

3. OCTROYER LES FONDS NÉCESSAIRES

Le budget pour la santé publique représentait 5% du budget national général en 1999, alors qu'il était de 7% lors des années 60. Le budget de la santé par habitant est nettement inférieur à celui d'un grand nombre d'autres pays avec un niveau analogue de développement économique. Les salaires et le soutien du réseau hospitalier consomment la majeure partie de ce budget. Aussi, les activités de santé de la reproduction, bien qu'elles soient jugées prioritaires, ne reçoivent qu'une très petite partie des ressources. Cette inadéquation des ressources revêt un caractère d'autant plus critique alors que l'USAID retire progressivement son assistance directe au secteur. De plus, il n'existe pas de mécanisme d'assurance maladie pour les groupes à faibles revenus. Le système d'assurance maladie ne couvre que 15% de la population, qui est représentée en grande partie par des fonctionnaires et des employés des grandes sociétés. Actuellement, tous les contraceptifs et vaccins utilisés dans le cadre du programme public sont achetés par le MS. Si l'on ne prend pas de mesure pour améliorer la couverture médicale et garantir un financement suffisant au programme de santé de la reproduction et de santé infantile, les gains pourraient être compromis et la pérennisation mise en péril.

4. ACCROÎTRE LA PARTICIPATION DU SECTEUR PRIVÉ AUX PROGRAMMES PRÉVENTIFS

Le Ministère de la Santé a toujours dirigé les programmes de santé maternelle et infantile et continue à fournir l'essentiel des soins préventifs, ainsi qu'une part importante des activités curatives. L'USAID et le MS ont cherché, ces 10 dernières années, à assurer un meilleur équilibre entre les secteurs public et privé dans le cadre du système national des soins de santé. Certaines réussites indéniables, telles que le Programme de Marketing Social des Contraceptifs et des SRO en partenariat

avec l'industrie pharmaceutique, ainsi que la vente de sels iodés en partenariat avec l'industrie alimentaire peuvent être citées à ce propos. Mais il reste bien du chemin à faire : la participation des généralistes aux programmes de santé maternelle et infantile se heurte à des problèmes fondamentaux concernant le positionnement des généralistes et le rôle qu'ils peuvent jouer dans le système de soins de santé.

5. ACCROÎTRE LA PARTICIPATION DES FEMMES À TOUS LES NIVEAUX DU SYSTÈME DE SANTÉ

Au Maroc, par le passé, le pourcentage de femmes qui travaillaient à l'extérieur de la maison était très faible mais la situation est en train de changer rapidement. A présent, environ la moitié des étudiantes dans les Facultés de Médecine sont des femmes. Parmi les employés du MS, les femmes ayant des postes à responsabilité sont rares : sur les 68 délégués provinciaux (médecins en chef au niveau provincial), seules 2 sont des femmes. Sur le terrain, les femmes médecins ou infirmières font vraiment défaut, surtout dans les zones rurales. Le MS n'a pas encore répondu à la préférence tant de fois invoquée par les clientes des services qui souhaitent un personnel féminin pour les programmes ciblant les femmes. Cette situation est encore aggravée par le vieillissement du personnel puisqu'un grand nombre d'infirmières et de sages-femmes partent à la retraite et que le recrutement est faible. Le départ des infirmiers de la stratégie avancée, lesquels ne sont plus remplacés, affaiblit encore l'efficacité des équipes mobiles.

6. ATTEINDRE LES POPULATIONS MARGINALISÉES ET ÉLARGIR LA GAMME DES SERVICES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Au Maroc, les programmes de santé de la reproduction visent exclusivement les femmes mariées en âge de procréer. Par contre, il est très difficile pour les femmes et les hommes célibataires d'avoir accès à ces services dans le secteur public. La chose est de plus en plus importante puisque l'âge moyen au mariage est en train d'augmenter, que les rangs des célibataires grossissent et qu'il existe un risque accru de contracter le VIH/SIDA. En outre, la Conférence du Caire recommandait de fournir aux jeunes des

informations et des services de santé. Il faudrait également envisager d'inclure aux programmes préventifs du Ministère certains aspects d'autres problèmes de la santé de la reproduction tels que le dépistage du cancer.

décentralisation est un sujet très débattu actuellement au sein des équipes du MS. Dans le cadre du projet post-bilatéral couvrant 2000-2004, l'USAID aide le MS à mettre à l'épreuve les mécanismes de gestion et formulation décentralisés des programmes.



7. SUIVRE LE MOUVEMENT DE DÉCENTRALISATION DE LA GESTION DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Ces programmes prioritaires étaient tous planifiés et mis en œuvre à partir du niveau central. Le MS a commencé à mettre en œuvre la stratégie de décentralisation pour améliorer davantage la performance des programmes dans le contexte de l'évolution de l'environnement politique. La décision politique a été prise il y a quelques années de décentraliser et de créer des structures régionales au Maroc, changement radical dans la manière d'aborder les problèmes de santé. Des équipes régionales et provinciales participent de plus en plus à l'identification des besoins et à la mise en place de programmes. Aussi, connaissent-elles mieux les attentes de la population, ce qui leur permet de mettre sur pied des interventions plus ciblées. La

8. RENFORCER LA COLLABORATION SUD-SUD

Le Maroc est un co-fondateur et partenaire actif du consortium de pays en développement qui se sont alliés pour renforcer la collaboration Sud-Sud. Ces pays comptent une vaste expérience en matière de programmes donnés de santé de la reproduction et ont décidé de renforcer leur collaboration entre eux et avec d'autres pays dont le développement est moins avancé. La réussite du Programme National de Planification Familiale et autres programmes sanitaires essentiels est source d'instruction et d'expertise technique pour d'autres pays en Afrique et dans le monde. Le Maroc pourrait partager ses expériences sur le plan de la santé reproductive et infantile avec d'autres pays.

ANNEXE A: CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS IMPORTANTS

1971

L'USAID et le MS signent le Projet #608-0112 - Assistance pour la planification familiale (**PHASE I**) pour la période 1971-1977.

Fondation de l'Association Marocaine de Planification Familiale - AMPF.

1973 -1977

Le Plan quinquennal du Ministère pour la Protection Maternelle et Infantile (PMI) se concentre sur des activités de prévention et d'éducation dans quatre domaines: 1) malnutrition, 2) maladies infectieuses, 3) vaccinations et 4) planification familiale.

1974

Le Programme pour la Protection Maternelle et Infantile devient le Programme de Protection de la Santé de l'Enfant (PSE). Les activités dans les centres de santé se concentrent sur les enfants âgés de 0 à 2 ans.

1975

Mise au point du premier guide d'activités PSE. Un formulaire de soins de grossesse devant être rempli par un prestataire de soins de santé encourage les femmes à avoir trois consultations prénatales pendant la grossesse (une lors de chaque trimestre) et une consultation postnatale.

1977

Projet de Visites à Domicile de Motivation Systématique (VDMS) démarré à Marrakech avec un financement de l'USAID.

Le Programme PSE devient le Programme de Protection de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PSME). Les activités se concentrent toujours sur la santé des enfants.

1978

L'USAID et le MS signent les Projets # 608-0155 - Soutien pour les programmes de planification familiale (**PHASE II**) pour la période 1978-1985. En outre, ils signent le Projet #608-0151, un projet séparé, plus petit, pour les activités de gestion sanitaire pour la période 1978-1984.

1979 - 80

Enquête Nationale de Fécondité (ENF) réalisée avec le financement de l'USAID.

1979 - 82

Le Programme National de Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques (PLMD) met en place un projet pilote pour distribuer des sels de réhydratation orale (SRO) dans les cliniques dans trois provinces.

1980

Le Plan Quinquennal du Ministère pour 1981-1985 encourage le concept des Services de Soins de Base (SSB) et élargit la couverture de ses centres de santé.

1981

Mise en place du Programme Elargi de Vaccinations (PEV), fournissant une vaccination contre la tuberculose, la coqueluche, la diphtérie, la rougeole, le tétanos et la poliomyélite.

Le MS adhère au «Code international du marketing des produits de remplacement du lait maternel» parrainé par l'OMS.

1982

Le Projet d'Expansion VDMS couvre 11 provinces supplémentaires. La fourniture, porte-à-porte, de contraceptifs et de services sanitaires incluent la fourniture de suppléments en fer et vitamine pour les femmes enceintes ou allaitantes, avec un financement de l'USAID.

Fondation, à Rabat, du Centre National pour la Formation en Reproduction Humaine (CNFRH) pour former le personnel sanitaire à la planification familiale.

1983

Création du Comité de Surveillance VIH/IST au Maroc.

Démarrage de la distribution nationale des sels de réhydratation orale.

1983 - 1984

Réalisation de l'Enquête Nationale sur la Prévalence de la Contraception, avec le soutien de l'USAID.

1984

L'USAID et le MS signent le Projet # 608-0171 - Assistance pour les questions de planification familiale et de démographie (**PHASE III**) pour la période 1984-1991.

1986

Premier cas de SIDA détecté au Maroc - homme infecté par une transfusion alors qu'il travaillait en France.

Création du Comité National de Lutte Contre le SIDA. Activités limitées à l'achat et à la gestion des médicaments pour les patients atteints de SIDA.

Création du Service des Etudes et d'Information Sanitaire (SEIS) et du Service des Etudes et Traitement Informatique (SETI).

1987

Le PSME devient le Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement (PSGA), signalant une approche plus concentrée sur les soins de santé maternelle.

Le Programme élargi de Vaccinations (PEV) est restructuré et renommé le Programme National d'Immunisation (PNI). Démarrage des « Journées Nationales de Vaccinations. »

Réalisation de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé, avec un financement de l'USAID.

1988

Création du Service MST/SIDA par le MS.

Premier séminaire réalisé sur le SIDA, avec les ouvriers migrants comme population cible.

Célébration de la Première Journée Mondiale du SIDA au Maroc.

Test de dépistage du VIH du sang donné dans des régions choisies.

1989

L'USAID et le MS signent le Projet # 608-0198 - Assistance pour la planification familiale et la survie de l'enfant (**PHASE IV**) pour la période 1989-1996.

Lancement d'un programme de marketing social introduisant les condoms « Protex »

Création de l'Institut National d'Administration Sanitaire (INAS)

1989-90

Réalisation d'une étude de l'INAS sur les interventions obstétricales.

1990

Dépenses périodiques du VDMS transférées de l'USAID au MS.

Le PSGA devient le Service de Protection de la Santé de la Mère (PSM) et un Service séparé de Protection de la Santé de l'Enfant (PSE).

Une ONG marocaine, l'ALCS/Casablanca, démarre des activités de prévention du SIDA chez les hommes prostitués - étude parmi 100 hommes prostitués financée par l'USAID.

Introduction de la mono-thérapie avec l'AZT au Maroc.

1991

Organisation de la Conférence du Maghreb sur la Maternité sans Risques à Marrakech.

Le MS met en place un plan d'action pour la promotion de l'allaitement maternel comprenant: (1) formation en cours d'emploi et renforcement de la sensibilisation pour les professionnels de la santé, (2) mise en place du IHAB dans tous les hôpitaux, (3) mise au point d'un code spécifique au Maroc sur les substituts du lait maternel.

Le MS réalise sa première étude sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques de la population en général concernant le SIDA/VIH.

1992

Conférence Nationale sur la Santé à Ouarzazate, participation de l'Administrateur de l'USAID.

Un système de gestion d'information sanitaire mis au point par l'USAID soutient la collecte d'information sur la planification familiale, la grossesse et le suivi de l'accouchement, l'état nutritionnel, la lutte contre la diarrhée et de

données sur les vaccinations pour la planification et la gestion du programme au niveau local.

Réalisation de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS) avec un financement de l'USAID.

Mise en place du Programme de Lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) par le MS, avec un soutien financier de l'UNICEF et de l'OMS. Au titre des activités préliminaires : achat de médicaments et formation de prestataires de soins de santé dans quatre provinces pilotes (Agadir, Kenitra, Meknès et Marrakech).

Lancement du marketing social des contraceptifs oraux (Kinat Al Hilal), avec un financement de l'USAID.

1993

Le Plan quinquennal du MS pour 1993-1997 cherche à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales.

L'USAID et le MS signent le Projet # 608-0223 Réduire la fécondité, améliorer la santé maternelle et infantile (**PHASE V**) pour la période 1993-2000.

L'USAID fournit les capitaux de démarrage pour la participation du MS à l'Initiative Indépendance des Vaccins de l'UNICEF, pour aider le Maroc à devenir plus autonome dans le financement du programme de vaccinations.

Organisation de la Conférence Africaine sur le SIDA à Marrakech.

Réalisation de l'examen externe du programme IST/VIH par l'équipe OMS/GPA.

Mise au point de la stratégie de transfert progressif des achats de contraceptifs

Le marketing social des condoms arrive à l'autonomie financière.

1995

Dr. Deborah Maine se rend au Maroc pour évaluer la situation des soins de santé maternelle. Le MS annonce une nouvelle stratégie de santé maternelle en 1995, largement influencée par les recommandations du Dr. Maine.

Le MS et l'USAID soutiennent le lancement du Projet pilote des soins obstétricaux d'urgence (SOU) dans les régions de Fès-Boulemane et de Taza-Al Hoceima-Taounate.

Démarrage du transfert des responsabilités de l'USAID au MS pour l'achat des contraceptifs.

La réglementation marocaine fixe les normes pour le sel iodé.

Introduction de la bi-thérapie pour les patients atteints de SIDA au Maroc.

1997

Organisation de la Première Conférence Mondiale sur la Mortalité Maternelle à Marrakech.

Le marketing social des contraceptifs oraux arrive à l'autonomie financière.

1998

L'étude du MS "Causes et circonstances des décès infantiles" financée par l'USAID note une réduction remarquable des décès suite aux maladies pouvant être évitées par vaccin.

Le MS commence la notification de la séropositivité en plus des cas de SIDA.

Mise à disposition de la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART) aux patients atteints de SIDA au Maroc.

Le projet pilote commence à vacciner contre l'hépatite B, vaccination faisant partie du programme national de vaccinations.

Organisation des premières séances de formation sur l'approche syndromique.

Introduction de la thérapie AZT pour les femmes enceintes séropositives.

1998/99

Réalisation d'une étude anthropologique sur la prise en charge socioculturelle des complications obstétricales dans les régions de Fès-Boulemane et Taza-Al Hoceima-Taounate, avec un financement de l'USAID.

Introduction d'un nouvel atelier sur la planification familiale et la maternité sans risques pour les étudiants en médecine de sixième année à la Faculté de Médecine de Rabat en 1998 et à la Faculté de Médecine de Casablanca en 1999, mis en place avec un soutien de l'USAID.

1999

Inclusion de la vaccination des nourrissons contre l'hépatite B au programme à l'échelle nationale.

Transition: de la notification des IST sur la base de l'étiologie à la notification à base de syndrome.

2000

L'USAID et le MS signent un Protocole d'Accord: Programmes de pérennisation de la population, santé et nutrition (PHN) pour la période 2000-2003.

Le MS achète 100% des contraceptifs pour le secteur public.

Formation à l'approche syndromique pour le traitement des IST réalisée dans toutes les 67 provinces.

ANNEXE B: INTERVIEW DES INFORMATEURS CLÉS

La présente liste comporte tous les informateurs clés qui ont été interviewés pour les séries de rapports d'analyses rétrospectives (planification familiale, survie de l'enfant, maternité sans risques et IST/VIH/SIDA).

USAID/Maroc

Mme. Susan Wright, Ancienne Responsable HPN
Mme. Helene Rippey, Ancienne Conseillère Technique
Mme. Zohra Lhaloui, Responsable HPN

Ministère de la Santé (MS)

Direction de la Population (DP)

Dr. Mostafa Tyane, Directeur
Dr. Najia Hajji, Chef de la Division de la Planification Familiale
Dr. Mohamed Abou-ouakil, Chef du Service de la Coordination et Collaboration Intersectorielle/
Division de la Planification Familiale
M. Brahim Ouchrif, Administrateur Divisionnaire/Division de la Planification Familiale
M. Abdelylah Lakssir, Division de la Planification Familiale
Dr. Hamid Checkli, Chef du Service de la Santé de l'Enfant/Division de la Santé Maternelle et Infantile
Dr. Ali Bensalah, Chef du Service de la Santé de la Mère/Division de la Santé Maternelle et Infantile
Dr. Tsouli, Division de la Santé Maternelle/Division de la Santé Maternelle et Infantile
Dr. El Arbi Rjimat, Division de la Santé Maternelle et Infantile
Dr. Mohamed Braikat, Chef du Programme National d'Immunisation/Division de la Santé Maternelle et
Infantile
M. Mohamed Bigmegdi, Programme National d'Immunisation
Mme. Rerhryaye Touria, Secrétaire, Division de la Santé Maternelle et Infantile

Direction de la Planification et des Ressources financières

Dr. Mohamed Laziri, Directeur
M. Mustapha Azelmat, Chef du Service des Etudes et d'Information sanitaire (SEIS)

Direction de l'Epidémiologie et la Lutte Contre les Maladies

Dr. Jaouad Mahjour, Directeur
Dr. Ahmed Zidouh, Chef de la Surveillance épidémiologique
Dr. Kamal Alami, Chef du service des IST/SIDA
Dr. Hamida Khattabi, Cadre au service des IST/SIDA
Dr. Abderrahmen Filali Baba, Chef du Service de la Lèpre (ancien Chef des MST/SIDA)

Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires

Dr. Saida Choujaa-Jroni, Directrice

Dr. Darhkaoui, Chef de la Division des Soins ambulatoires

Direction des Ressources Humaines - Division de la Formation

M. Achaati, Chef de la Division de Formation

Mme. Temmar, Formatrice de Sages-Femmes et Responsable du Programme pour la Formation de Base et Continue

Dr. Mohamed Zaari Jabiri, Chef du Programme pour la Formation Continue

Institut National d'Hygiène

Dr. Rajae ElAouad, Chef de l'Immunologie

Région de Sefrou

Dr. Riouch, Délégué de Sefrou

Région de Marrakech

Dr. Mohamed Ben Chaou, Coordonnateur Régional

Dr. Moulay Lakbir Alaoui, Médecin en Chef de SIAAP, Marrakech-Menara

M. Mohamed Aniba, Responsable SIAAP, Marrakech-Menara

Dr. Zenjali, Médecin, Centre de Santé d'El Massira I

Mme. Ben Jebli Feturio, Educatrice PSGA

Région de Casablanca

Dr. Jaafar Heikel, Délégué, Casablanca - Anfa

Médecin privé

Dr. Mohamed Zarouf

JSI/Maroc (Personnel contractant institutionnel pour la Phase V)

Dr. Theo Lippelveld, Directeur du Projet (Chef de Parti)

Mme. Boutaina El Omari, Responsable du Programme IEC

Dr. Redouane Abdelmoumen, Spécialiste en Santé Publique

Mme. Malika Lassri, Responsable de Programme du Secteur Privé

FNUAP

Dr. Belouali, Coordinateur

CNFRH

Prof. M.T. Alaoui, Directeur

Institut Pasteur, Maroc

Dr. Abdellah Benslimane, Directeur

Dr. Souad Sekkat, Unité d'Immunologie

Ligue Marocaine de la Lutte Contre les MST/SIDA

Dr. Sekkat, Président (également ancien Chef du service des MST à l'hôpital militaire)

ALCS

Dr. Hakima Himmich, Chef des Maladies Infectieuses
Dr. Amine Boushaba, Coordinateur du Programme de Prévention
Dr. Adib Baakly, Coordinateur du Programme des Soins pour le SIDA
Mme. Sara Garmona, Coordinatrice du Programme de Prévention avec les Prostituées

AMSED

Dr. Malak Ben Chekroun, Président
Dr. Issam Moussaoui, Coordinateur du Projet PASA

OPALS

Dr. Nadia Bezaoui, Présidente (anciennement Chef des IST/SIDA)

Union Européenne

M. Massimo Ghidinelli, Assistant Technique, Programme IST/VIH/SIDA

Association Marocaine pour la Planification Familiale (AMPF)

M. Graigaa, Directeur
Mme. Bennamar, Membre du Conseil

Stratégies de Marchés Commerciaux (SMC)

Dr. Mohamed Ktiri, Directeur de Pays
Mme. Houda Bel Hadj, Chef de Programme
M. Mohamed Jebbor, Responsable de Pays

Catholic Relief Services (CRS)

Mme. Fouzia Soussi, Chef Administratif

USAID/Washington

Mme. Michele Moloney-Kitts
Dr. Miriam Labok
M. William Trayfors
M. Carl Abdou Rahmaan
M. Gerald Bowers
Mme. Joyce Holfield
Mme. Dale Gibbs
Dr. Norma Wilson

Université Johns Hopkins/Centre pour les Programmes de Communication

Mme. Sereen Thaddeus

OMS/Egypte

Dr. Mechbal, Représentant

RÉFÉRENCES

A

Abid M; Lui CC; Sekkat S; De Latore N; Mansour H; Holloman-Candal D; Rayfield M; Benslimane A. Characterization of the V3 Region of HIV Type 1 isolates from Morocco. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1998;14:1387-1389.

Adamchak, S. Morocco: Visites à Domicile de Motivation Systématique (VDMS). Household Distribution of Family Planning, Washington, DC: Project MORE, TvT Associates. 1990.

Alami K; Mahjour J; Khattabi H; Bennani A; El Aouad R; Hancali A; Ghidinelli MN. Reproductive Tract Infections in Moroccan Women. A cross-sectional study among ANC and FP clients in Rabat. Presented at XII World Conference on HIV/AIDS in Dubai RSA, 2000. Abstract #ThOrC729.

Andre F. Hepatitis B epidemiology in Asia, the Middle East and Africa. *Vaccine* 2000; 18(Suppl 1):S20-2.

Ayad Mohamed, La fécondité au Maroc : niveaux et déterminants de 1980 à 1995. Demographic and Health Survey. Macro international Inc DHS June 1999.

Atrash, H. Maternal Mortality Surveillance. Presentation during the technical consultation on Safe motherhood in Sri Lanka, October 1997.

Azelmat M. Ligue des Etats Arabes. Services des Etudes et de l'Information sanitaire, Direction de la Planification et des Ressources financières. Ministère de la Santé. Royaume du Maroc. Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997. Projet arabe pour la Promotion de l'Enfance, PAPCHILD. Cairo, Egypt. July 1999.

_____ ; Ayad M and Housni E.A. Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS) 1995. Calverton, Maryland (USA) : Ministère de la Santé, Direction de la Planification et des Ressources financières, Service des Etudes et de l'Information sanitaire et Macro International, Inc. 1996.

_____ ; Ayad M and Housni E.A. Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-II) 1992. Columbia, Maryland (USA) : Ministère de la Santé, Secrétariat général-DPSI, Service des Etudes et de l'Information sanitaire et Macro International, Inc. 1993.

_____ ; Ayad M and Housni E.A. Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-I) 1987. Columbia, Maryland (USA) : Ministère de la Santé, Service des Etudes et de l'Information sanitaire et Institute for Resource Development/Westinghouse. 1989.

_____. Services d'Exploitation mécanographique, Direction des Affaires techniques, Ministère de la Santé publique. Planification Familiale, Fécondité et Santé Familiale au Maroc 1983-84, Rapport de l'Enquête nationale de Prévalence contraceptive. Westinghouse Public Applied Systems. February 1985.

_____. Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale au Maroc 1979-80. Rapport national. Morocco and Grande-Bretagne. 1984.

B

Belhaj A and Hajji N. Pratique de l'Allaitement Maternel en Maternité. September 1992.

Belouali R and Guédira N. Reproductive Health in Policy and Practice, Morocco. Population Reference Bureau. November 1998.

Bensalah. Historique du Service de la Protection de la Santé de la Mère. Division de la Population, Ministère de la Santé. Rabat, Morocco.

Bertrand, J.T; Sullivan T; Rice J et Shelton J. Skewed Method Mix : An Indicator of Quality of Care in FP Programs, Document de travail, Projet Evaluation MEASURE, Carolina Population Center, UNC-CH. 2000.

Boerma T; Pisani E; Schwartlander B; Mertens T. A Framework for the Evaluation of National AIDS Programmes. MEASURE *Evaluation*, 2000.

Bouziani, Lhassane. La Santé au Maroc : Entre le Service Publique et la Profession Libérale. 1999.

Bowen. D. Women and Public Health in Morocco: One Family's Experience. In Women and the Family in the Middle East New Voices of Change. E. Fernea, eds. University of Texas Press. Austin. 1994

Bowen D.L. Constraints to Family Planning Policy Formation, Morocco Unpublished manuscript prepared for USAID/Morocco, February 1994

Brown, G.F. Moroccan Family Planning Program - Progress and Problems, *Demography* 5,2:1968.

C

Catholic Relief Services/Morocco. Report of Activities, 1991.

Chaouki, N. et al. Etude de Prévalence des Troubles Dus a la Carence Iodée chez les Enfants Ages de 6 a 12 Ans au Maroc. D.E.L.M. Bulletin Epidémiologique, 1994

Chiavaroli Eugene; Angle A; Clark S and Gibson P. Evaluation of AID Child Survival Programs : Morocco Case Study (AID Technical Report No.1--PN-AAX-254). December 1991.

D

Davis, S.S. Convenience, Cost and Courtesy: Factors Influencing Health Care in Morocco. In Modern and Traditional Health Care in Developing Societies. Conflict and Co-operation. University Press of America. 1988.

Directorate of Epidemiology and Disease Prevention, Moroccan Ministry of Health. Etude des attitudes et des comportements du public marocain vis-à-vis du SIDA pour une meilleure stratégie d'information et de prévention. 1991.

Dialmy A ; Manhart L. Recherche d'Intervention ciblée: les Maladies sexuellement transmissibles au Maroc. Construction sociale et Comportements thérapeutiques. Royaume du Maroc, Ministère de la Santé publique, 1997.

Directorate of Population, Ministry of Health. Projet Pilote Soins Obstétricaux d'Urgence dans les Régions Fès-Boulemane et Taza-Al Hoceima-Taounate 1995-2000. Overview, July 2000. Rabat, Maroc.

_____. La Gestion Socioculturelle de la Complication Obstétricale dans les Régions Fès-Boulemane et Taza-Al Hoceima-Taounate. Morocco, November 1998 - February 1999.

E

Eckert, E. The Determinants of Maternal Health Care Use in Morocco. Dissertation PhD. University Tulane. New Orleans, LA. July 1997.

Elharti E; Elaouad R; Simons MJ; Messouak-Elhachimi Z; Gluckman JC; Parmentier M; Benjouad A. Frequency of the CCR5delta32 Allele in the Moroccan Population. AIDS Res Hum Retroviruses. 2000; 16(1):87-9.

Elharti E ; Elaouad R ; Amzazi S ; Himmich H ; Elhachimi Z ; Apterei C ; Gluckman JC ; Simon F; Benjouad A. HIV-1 diversity in Morocco. AIDS 1997;11:1781-1783.

Expanded program on immunization (EPI). Immunization Schedules in the WHO Eastern Mediterranean Region, 1995. Wkly Epidemiol Rec 1996 Jun 7;71(23):173-6

F

Field ML; Price J; Niang C; N'tcha J; Zwane IT; Lurie M; Nxumalo M; Dialmy A; Manhart L; Gebre A; Saidel T; Dallabetta G. Targeted Intervention Research Studies on Sexually Transmitted Diseases (STD): Methodology, Selected Findings and Implications for STD Service Delivery and Communications. AIDS 1998, 12 (suppl 2):S119-S126.

G

Garenne, Michel. Consultancy Report: Causes and Circumstances of Infant Mortality Study in Morocco. Morocco Family Planning and Maternal and Child Health Phase V Project. October 1999.

General Accounting Office. USAID Contributions to Child Survival are Significant, but Challenges Remain. November, 1996.

Goodburn, E.A. and D. Maine. Morocco Trip Report: Evaluation of the Safe Motherhood Pilot Project. John Snow, Inc. Morocco, August 1999.

H

Hajji N and Lakssir A. Etude qualitative sur le dispositif intra-utérin au Maroc. Rabat, Maroc: Ministère de la Santé. 1996.

Himmich H; Kazatchkine M; Chakib A; Bensghir R; Marhoum Filaili K; Adnaoui M. International therapeutic solidarity fund (ITSFO): Projet pilote d'accès à la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART) au Maroc. Presented at the XII World Conference on HIV/AIDS, Dubai, RSA, 2000.

Himmich H. Political Commitment and Access to Antireroviral Therapy in Morocco.

Himmich H and Chakib A. Accès aux antirétroviraux au Maroc. Bulletin SMSM 1999, Tome X, Numéro I:17-20.

Himmich and Chakib A. Spécificités de la prise en charge de l'infection par le VIH au Maghreb. Cahiers Santé 1995;5:275-7.

Hotchkiss, D.R., R.J. Magnani, A. Lakssir, L.F. Brown et C.S. Florence. 1999. Family Planning Program Effects on Contraception Use in Morocco: 1992-1995, Population Research and Policy Review, 18, 6 :545-561.

J

John Snow, Inc. Annual Performance Report for 1999, Report No. A-06. Planning and Maternal & Child Health Phase V Project. Morocco June 2000.

John Hopkins University Center for Communication Programs (JHU/CCP). Communicating Safe Motherhood in Morocco: The Family Planning/Maternal and Child Health Phase V Project, Final Report. Baltimore, USA. March 2000.

K

Kaddar, Miloud; Mookherji, Sangeeta; DeRoeck, Denise; Antona, Denise; Special Initiatives Report No. 18: Case Study on the Costs and Financing of Immunization Services in Morocco, September 1999.

L

Lakssir Abdelylah. Demographic and Health Survey. Macro international Inc. HS DHS, Dynamique d'utilisation de la contraception au Maroc : discontinuation, changement de méthodes et échecs. June 1999.

Lakssir. Quick Investigation of Quality (QIQ) test, Morocco 2000.

Lapham R. Family Planning in Tunisia and Morocco : A Summary and Evaluation of the Recent Record. Studies in Family Planning 2, 5: 101-110. 1971.

Lecomte J; Labbok M; Friedman J. An Evaluation of the Population and Family Planning Support Project in Morocco, USAID Document AID/DSPE-C-0053. 1981

Lyaghfour A; Lamrani A; Chekli H; Zerrari A. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, une nouvelle stratégie pour améliorer la santé de l'enfant : Bilan de la phase pilote au Maroc, 2001.

M

Manhart L; Dialmy A; Ryan CA; Mahjour J. Sexually Transmitted Diseases in Morocco: Gender Influences on Prevention and Health Care Seeking Behavior. Social Science and Medicine 50:1369-1383.

Manhart L; Dialmy A; Mahjour J; Dallabetta G; Ryan C; Holmes K. Perceptions of Sexually Transmitted Disease (STD) in an Arab-Muslim Context: A Targeted Intervention Research (TIR) Study in Morocco. Presented at the International Congress in Sexually Transmitted Disease, Seville, Spain, 1997. Abstract #546.

Manhart L; Zidouh A; Holmes K; Selka R; Moloney M; Dallabetta G; Mahjour J; Ryan C. Sexually Transmitted Disease (STD) in Morocco in Three Types of Health Clinics in Morocco: Prevalence, Risk Factors, and Syndromic Management. Presented at the XI World Conference HIV/AIDS, Vancouver BC, July 1996, Abstract #1627.

Maynard-Tucker, Gisele. Parents' Management of ARI in the Region of Marrakech. Journal of Tropical Pediatrics. Vol. 44. February 1998.

Ministry of Health, DELM/DMT, Service des IST-SIDA. Analyse épidémiologique des cas cumulés de SIDA-Maladie enregistrés au 30 June 2000. Rabat, Maroc.

_____, DELM/DMT, Service IST/SIDA. Situation épidémiologique du SIDA au Maroc au 31.03.2000.

_____. Programme National d'Assurance Qualité (PNAQ). Avant-projet de rapport. Mars 2000.

_____. Programme national de Lutte Contre les IST/SIDA (PNLS), Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies. Première revue interne de la mise en oeuvre de l'approche syndromique pour la prise en charge des IST. Rapport de synthèse. Rabat Maroc. January 2000.

- _____ . Causes et Circonstances de Décès Infanto-Juvénile., Enquête Nationale, 1998.
- _____ . Maroc. Projet de Plan de Développement Economique et Social 1999-2003: Stratégie Sectorielle de Santé. December 1998.
- _____ , Maroc. Evaluation de la Formation Régionale Combinée en Matière de LMD, LMC, et Immunisation : Etude Comparative . April , 1997.
- _____ , Maroc. Evaluation de la Formation Régionale Combinée en Matière de LMD, LMC, et Immunisation : Etude Comparative . April , 1997.
- _____ . Programme National de Lutte Contre Les Maladies Diarrhéiques : Biosel, Programme Marocain de Marketing Social des Sels de Réhydratation Orale. Population Services International. 1994.
- _____ . Service de Protection de la Santé de la Mère. Division de la Santé maternelle et infantile. Direction de la Prévention et de l'Encadrement sanitaire. Royaume du Maroc. Rapport sur l'Analyse des Instructions et la Promotion du Dossier Accouchement et Partogramme: Formation des Personnels de Santé des Maisons d'Accouchements et des Maternités rurales. Stratégie nationale de Réduction et de Prévention de la Mortalité et de la Morbidité maternelles et périnatales "Maternités sans Risque." Rabat, Maroc. June 1993.
- _____ . Institut National d'Administration Sanitaire. Approche de la Mortalité et de la Morbidité maternelles au Maroc à Travers l'Analyse des Taux d'Interventions obstétricales. Morocco, October 1992.
- _____ . Projet de Stratégie Nationale de Réduction et de Prévention de la Morbidité et de la Mortalité Maternelles et Périnatales dans le Cadre de la "Maternité Sans Risque." Rabat, Maroc. April 1992.
- _____ . Colloque national sur la Santé. Réalités et Perspectives. Ouarzazate, Morocco, July 1992.
- _____ . Actes du Séminaire-Atelier : Nutrition et Développement de l'Enfant. January 1990.
- _____ , Direction des Affaires Techniques, Le Programme de Visites à Domicile de Motivation Systématique, Rapport de Synthèse de l'Etude Réalisée par EXPERDATA. Rabat, Maroc. 1988.
- _____ . Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social 1988-1992. Rapport de la Commission Santé, Nutrition et Planification familiale. Volume 1. Rabat, Maroc. July 1987.
- _____ , Guide du Programme de Visites a Domicile de Motivation Systématique November 1985.
- Mokhtar, Najat. Synthèse des Etudes existantes sur le Comportement Alimentaire de la Population : Caractéristiques et tendances de la consommation alimentaire de la population marocaine : Cas des céréales. Mai, 2000
- N
- Naimoli, Joseph F. Preliminary Results from an Evaluation of the Management of Childhood Illness in the Public Sector IMCI and Non-IMCI Facilities in Four Moroccan Provinces. September 2000.
- O
- OMNI Micronutrient Fact Sheets : Morocco, 1996.

P

Pelletier et al. Epidemiological Evidence for a Potentializing Effect of Malnutrition on Child Mortality in Developing Countries, *Bulletin of the World Health Organization*. 73(4).

Pettifor A; Walsh J; Wilkins V; Raghunathan P. How Effective Is Syndromic Management of STDs? A Review of Current Studies. *Sex Transm Dis* 2000;27(7):371-385.

Polsky; Judy. Joint Review of Vaccine Independence Initiative in Morocco (Draft). Child Survival Unit, UNICEF, July 4-8, 1994.

Population Reference Bureau, Morocco : VDMS Systematic Household Motivational Visits. March 1993.

Population Technical Assistance Project. Project Assistance Completion Report. Family Planning and Child Survival IV, Phase IV (608-0198). United States Agency for International Development/Morocco. Arlington, VA, USA. July 1998.

Project Assistance Completion Report. Projet de Soutien à la Population et à la Planification familiale 608-0155. Document no. 2186. Rabat, Maroc.

R

Radi, Sadia. Les Maladies de l'Enfant au Maroc: Représentations Pratique et Recours Thérapeutique. December 1999.

Robbins, J.D; Bernard R.P; Mutchler D and Zabin L.S. Report of the Evaluating Team on the Morocco Family Planning Program. USAID Report (ADSS) AID/pha/C-1100. 1976.

Rosenfield, A. and D. Maine. Maternal Mortality - A Neglected Tragedy. Where is the M in MCH? *The Lancet*. Volume 2 (8446): pp. 83-85. 13 Royaume-Uni. July 1985.

Ross, J and Stover J. Effort Indices for National Family Planning Programs, 1999 Cycle. Document de travail, Projet Evaluation MEASURE, Carolina Population Center, UNC-CH. 2000.

Ross J.A. and W. Parker Mauldin. Family Planning Programs: Efforts and Results, 1972-94. *Studies in Family Planning* 27,3 :137-147. May/June 1996.

Ryan CA; Zidouh A; Manhart L; Selka R; Xia M; Moloney-Kitts M; Mahjour J; Krone M; Courtois B; Dallabetta G; Holmes KK. Reproductive Tract Infections in Primary Health Care, Family Planning, and Dermatovenereology Clinics: Evaluation of syndromic management in Morocco. *Sexually Transmitted Infections* 1998;74(suppl 1):S95-S105.

S

Seidel TJ; Vuylsteke B; Steen R; Niang NS; Behets F; Khattabi H; Manhart L; Brathwaite A; Hoffman I; Dallabetta G; and the STD PI6 &7 Working Group. Indicators and the Measurement of STD Case Management in Developing Countries. *AIDS* 1998, 12 (suppl 2):S57-S65.

Schlossman, Nina P. Morocco Trip Report. June 1998.

Selka R; Naouri B; Zidouh A; Manhart L; Ryan C; Mahjour J; Dallabetta G; Holmes K. Comparison of Sexually Transmitted Diseases (STD), Symptoms and Clientele among Three Types of Clinics Offering STD Care to Women in Morocco. Présenté à la XIe Conférence internationale sur le SIDA, Vancouver BC, 8 July 1996, Abstract #1633.

Smith, S.S. Family Planning/Child Survival Documents: An Annotated Bibliography for Options Analysis. USAID. Rabat, Maroc. January 1993.

T

Thaddeus, S. and D. Maine. Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context. Social Sciences and Medicine. Vol. 38, No. 8, pp.1091-1110. Grande-Bretagne. 1994.

U

UNICEF. Plate forme de coopération Ministère de la Santé/UNICEF: Programme de Soins de Santé de Base. 2000-2001.

_____, Country Profiles: BFHI Analysis Report, Nutrition Section. February 1999.

_____/OMS/WNFPA. Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. October 1997. New York, USA.

_____. The Progress of Nations. 1996. New York.

USAID Morocco. Global Population, Health and Nutrition Office. Handbook of Indicators for HIV/AIDS/STI Programs. March 2000.

_____. Project Assistance Completion Report. Family Planning and Child Survival IV, Phase IV (608-0198). Projet d'Assistance technique à la Population. Arlington, VA, USA. 1998.

USAID Projet d'Assistance technique à la Population. Rapport d'achèvement du Projet d'Assistance. Planification familiale et Survie de l'Enfant IV, Phase IV (608-0198. Arlington, VA, USA. July 1998.

_____. Population and Family Planning Support Phase III Morocco. Document de projet. Projet no. 608-0171. Rabat, Maroc. 1994.

_____. Project Paper. Project No. 608-0171. Phase III in Morocco for Population and Family Planning. Rabat, Morocco. July 1984

_____. Project Assistance Completion Report. Phase III in Morocco for Population and Family Planning. 608-0155. Document no. 2186. Rabat, Morocco. 1983.

W

Waters, Hugh ; USAID/Rabat Assistance for CDD Recommendations for Intervention : Morocco. January, 1993.

World Health Organization (WHO). Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition. Geneva, Suisse. 1997.

_____. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF. Geneva, Suisse. 1996.

_____/Programme mondial sur le SIDA: Evaluation of a National AIDS Programme: A Methods Package for Prevention of HIV Infection. Geneva, Suisse : Organisation mondiale de la Santé/ Programme mondial sur le SIDA ; 1994.

_____ : Programme mondial sur le SIDA, Prise en charge des maladies sexuellement transmissibles. Geneva, OMS, 1994. (WHO/GPA/TEM/94.1).

_____. Indicateurs pour le suivi des buts en matière de santé maternelle. Geneva. 1994.

_____. Removing Obstacles to Healthy Development Report on Infectious Diseases 1999.

_____. Improving Family and Community Practices : a Component of the IMCI Strategy. 1998.

_____/Division of Child Health and Development. Improving Child Health : IMCI, the Integrated Approach. 1997.

_____. IMCI Information. Integrated Management of Childhood Illness. Geneva. 1997b.

Wylie, V.H. UNICEF/Plan des Opérations du Gouvernement du Maroc : Soins de santé maternelle, 1992-1996. Rapport du consultant de John Snow préparé pour l'UNICEF. Rabat, Maroc. July 1991.

Z

Zidouh A; Jroni S; Khattabi H; Manhart L; Mahjour J. Evaluation de la qualité de la prise en charge des cas de IST: IP 6 et IP 7. Rapport préliminaire, 1997.

Zidouh A; Jroni S; Khattabi H; Manhart L; Saidel T; Dallabetta G; Mahjour J. Evaluation of the Quality of Sexually Transmitted Disease (STD) Case Management in Morocco. Présenté lors de la XIIe Conférence mondiale sur le SIDA, Geneva June - July 1998. Abstract #33232.

Zidouh A; Mahjour J; Jroni S; Khattabi H; Manhart L. Baseline Evaluation of the Quality of Care for Sexually Transmitted Diseases (STD) in Morocco by expanded PI6 and PI7. Présenté lors de la XIIe Conférence mondiale sur le SIDA, Geneva June - July 1998. Abstract #33226.